

Tiia Henriksson  
Anni Kuorikoski  
Janina Pentikäinen

Lihavan aikuisen ohjaus  
- Painonhallintaa tukevat menetelmät

Metropolia Ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitaja AMK  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
22.2.2013

<p>Tekijä(t) Otsikko</p> <p>Sivumäärä Aika</p>	<p>Tiia Henriksson, Anni Kuorikoski, Janina Pentikäinen Lihavan aikuisen ohjaus - Painonhallintaa tukevat menetelmät</p> <p>30 sivua + 2 liitettä 22.2.2013</p>
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoitaja
Ohjaaja(t)	Yliopettaja Leena Rekola
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata lihavien aikuisten tuen ja ohjauksen menetelmiä painonhallinnassa. Tavoitteena oli, että kerättyä tietoa voivat hyödyntää terveysalan opiskelijat sekä hoitohenkilökunta. Aihe on ajankohtainen, sillä lihavuus on selkeästi lisääntynyt viime vuosikymmeninä.</p> <p>Työ toteutettiin kirjallisuuskatsauksen periaatteita soveltaen. Aineistonhaku aloitettiin syksyllä 2012 ja se tehtiin Cinahl, PubMed ja Medic tietokannoista. Lopullisilla tietokantahauilla saatiin 1670 artikkeliviitettä, joista 10 (N=10) tutkimusartikkelia valittiin työhön. Kaikki tutkimukset olivat kansainvälisiä.</p> <p>Valitsemiemme tutkimusten tuloksista ilmeni, että yleisesti interventoryhmät saavuttivat parempia tuloksia painonpudotuksessa, itsesäätelystä, motivoitumisesta sekä uusiin elämäntapoihin sitoutumisesta. Kokonaisvaltaisuus korostui ohjauksessa, huomiota ei tulisi keskittää pelkästään painon pudotukseen ja sen ylläpitämiseen vaan pyrkiä muuttamaan käyttäytymismalleja ja keskittyä yhtälailla psyykkisiin kuin fyysisiin tekijöihin.</p>	
Avainsanat	lihavuus, lihavuuden hoito, ohjauksen menetelmät,

Author(s) Title	Tiia Henriksson, Anni Kuorikoski, Janina Pentikäinen Guidance of obese adult - Support interventions for weight control
Number of Pages Date	30 pages + 2 appendices 22th Feb 2013
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Senior Lecturer Leena Rekola
<p>The purpose of this thesis was to describe interventions of obese adult support and guidance methods of weight control. The goal was that the collected information could be utilized by health care students and health care professionals. The subject is current because obesity has increased during the last few decades.</p> <p>The work was implemented applying the principles of literature review. Material search was started in the autumn of 2012 and the data for this study was collected from databases Cinahl, PubMed and Medic. The final database searches produced 1670 article references from which 10 research articles were chosen for this thesis. All of the studies were international.</p> <p>The chosen results of the studies showed that overall the intervention groups achieved better results in weight loss, self-regulation, motivation, and commitment to new ways of life. Emphasized the holistic guidance, attention should be focused on not only weight loss and its maintenance, but to try to change behaviors and to focus as much psychological as physical factors.</p>	
Keywords	obesity, obesity treatment, guidance interventions

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Lihavuus	2
2.1	Sairaalloinen lihavuus	4
2.2	Ennakkoasenteet lihavuutta kohtaan	4
3	Lihavuuden hoito	6
3.1	Lihavuuden syitä	6
3.2	Lihavuuden ennaltaehkäisy	7
3.3	Lihavuuden konservatiivinen hoito	9
3.4	Lihavuuden kirurginen hoito	12
4	Vertaistuki ja terapiat lihavuuden hoidon tukena	14
5	Lihavan aikuisen tuen ja ohjauksen tarpeet	16
5.1	Lihavuuskirurgisen potilaan ohjaaminen ennen ja jälkeen leikkausta	16
5.2	Potilaiden omat kokemukset tuen ja ohjauksen tarpeista	18
6	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymys	19
6.1	Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä	19
6.2	Opinnäytetyön tiedonhankinta	20
7	Tutkimustulokset	22
7.1	Kahta ryhmää vertailevat tutkimukset	22
7.2	Yksittäinen interventoryhmä	25
8	Pohdinta	28
8.1	Eettisyys ja luotettavuus	28
8.2	Opinnäytetyön tulosten tarkastelua	29
	Lähteet	31
	Liitteet	
	Liite 1. Tiedonhakutaulukko	
	Liite 2. Analyysitaulukko	

## 1 Johdanto

Lihavuus on yli kaksinkertaistunut maailmanlaajuisesti vuodesta 1980. Maailman väestöstä 65% asuu maissa, joissa ylipaino ja lihavuus tappavat enemmän ihmisiä kuin alipaino. (WHO 2012.) Suomessa lihavuus ja sen mukanaan tuomat liitännäissairaudet ovat merkittävä ja kallis kansanterveysongelma. Noin 20 % työikäisestä väestöstä ovat lihavia ja 60 % ylipainoisia. (THL 2010.) Pekurisen mukaan lihavuuden suorat kokonaiskustannukset Suomessa ovat 260 miljoonaa euroa vuodessa. Lihavuus aiheuttaa myös paljon tuottavuuskustannuksia, jotka koostuvat mm. sairauspoissaoloista sekä varhaisista työkyvyttömyyseläkkeistä. (Ikonen ym. 2009: 41.) Tällä hetkellä lihavuuden hoito toteutuu huonosti ja resursseja kohdennetaan paljon leikkaushoitoon, jolla kyetään auttamaan kuitenkin vain hyvin pientä osaa lihavista. Huomiota ja taloudellista tukea pitäisi suunnata selkeästi enemmän lihavuuden ehkäisyyn sekä perushoitoon. (THL 2010.)

Opinnäytetyömme aiheeksi muovautui toteutetut ohjausmenetelmät lihavuuden hoidossa. Käytimme tutkimuksia, joissa tutkitaan ohjausmenetelmien tehokkuutta ja toimivuutta henkilöillä, joilla BMI oli yli 25kg/m<sup>2</sup>. Tutkimuksissa olevat menetelmät poikkeavat tavallisista ja perinteisistä ohjausmenetelmistä ja näissä tutkimuksissa vertailukohteena oli yleensä ns. seurantaryhmä, johon valituille toteutetaan yksinkertaisempaa ja vähemmän ohjausta sisältävää painonhallintamenetelmää.

Tyypillisesti elämäntapamuutokseen ohjataan ryhmässä tai yksilöllisesti, mikä on työssä käyville ja kiireisille ihmisille hankala toteuttaa. Puhelin ja internetohjauksen etuna on suuremman ihmismäärän tavoittaminen ja ohjaaminen ja samalla säästetään aikaa ja henkilöstöresursseja. (Van Wier, Marieke F - Ariens, Geertje Am - Dekkers, J Caroline - Hendriksen, Ingrid JM - Smid, Tjabe - Van Mechelen, Willem 2009.)

Lihavuuden perinteisin hoitomuoto tapahtuu yleensä ryhmässä tai yksilöohjauksena. Tapaamiskertoja on useampia ja ohjauksessa keskitytään elintapojen muutokseen. Yleensä laihdutusohjelmissa pyritään vaikuttamaan kaikkiin oleellisiin tekijöihin: ruokavalioon, liikuntaan, syömiseen sekä näihin liittyviin kognitiivisiin tekijöihin. Perinteisestä hoitomuodosta käytetään nimitystä perushoito. Elintapaohjaus on keskeinen asia ohjauksessa. Ryhmäohjausta toteutetaan aina kun mahdollista, sillä sen kustannukset ovat pienemmät, mutta tulokset yleensä samanlaiset kuin yksilöohjauksen. Potilaalle

kerrotaan hänelle sopivista hoitomahdollisuuksista ja painotetaan, että hän on itse päävastuussa laihtumisestaan. Erityisesti henkilöt, joille laihduttaminen ja painonhallinta ovat terveyden kannalta hyödyksi, tulisi ohjata kyseiseen hoitomuotoon. Lihavuuden hoitomenetelmiä ovat myös erittäin niukkaenerginen ruokavalio, lääkehoito ja leikkaushoito. Väestön terveyden kannalta tulisi terveydenhuollossa ja yhteiskunnassa panostaa myös lihavuuden ennaltaehkäisyyn. (Käypä hoito 2002: 1076-1081.)

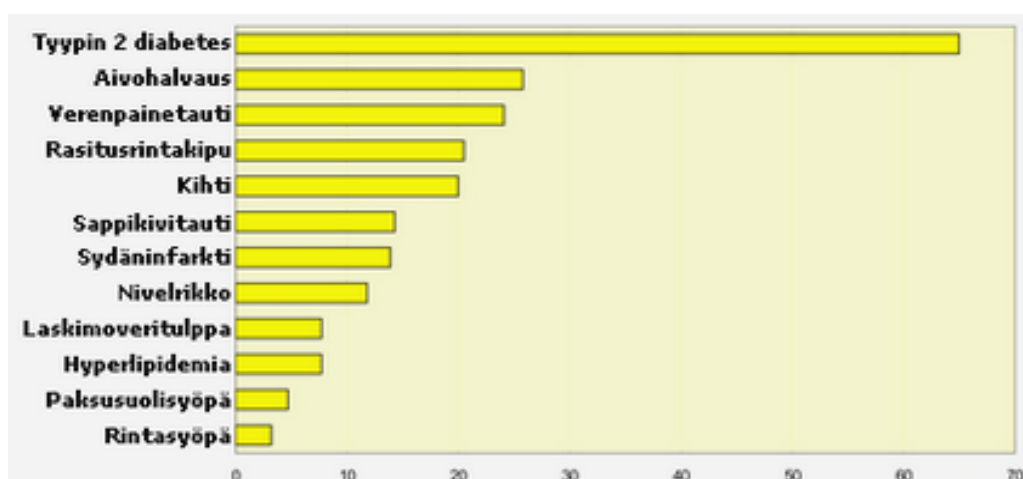
## 2 Lihavuus

WHO: n mukaan ylipainoisia aikuisia on maailmassa 1,5 miljardia ja 400 miljoonaa on lihavia. Korkeimmat lihavuuden luvut ovat Tunisiassa, Yhdysvalloissa, Saudi-Arabiassa ja Kanadassa sekä matalimmat luvut ovat Kiinassa, Malilla, Japanissa, Ruotsissa ja Brasiliassa. Iso-Britannia, Australia ja Uusi-Seelanti ovat keskivälissä. Euroopassa suurimmat luvut lihavuudessa ovat Liettuassa, Maltalla, Venäjällä ja Serbiassa sekä matalimmat lukemat ovat Ruotsissa, Irlannissa, Tanskassa ja Isossa-Britanniassa. Väestö pohjoisessa ja läntisessä Euroopassa on siis hoikempaa kuin itäisessä ja eteläisessä Euroopassa. Lihavuus on nimetty yhdeksi suurimmaksi krooniseksi sairaudeksi, joka lisää riskiä sairastua lukuisiin tarttumattomiin sairauksiin kuten diabetes ja korkea verenpaine. (Ogden 2010: 151,153.)

Suomessa lihavien osuus väestöstä on lisääntynyt 1970-luvulta lähtien. (Käypä hoito 2012.) Nykyisen kehityksen vuoksi meille on syntymässä sukupolvi, joka on edellisiä sairaampi. Lihomisen kohdistuessa pääosin nuoriin ikäryhmiin, tulevat sen terveysvaikutukset näkyviin vasta iän karttuessa. Lihominen ja sairastavuus kasvavat yhä suuremmiksi, mikä vaikeuttaa omin avuin kotona selviämistä ja lisää palvelujen tarvetta. (THL 2012: 13.)

BMI - määrittelyssä arvioidaan painon ja pituuden suhde jakamalla paino pituuden neliöllä metreissä (Suomen sydänliitto ry). Tämä muodostaa luvun, joka luokitellaan seuraavalla tavalla: normaalia alhaisempi paino (<18.5), normaali paino (18.5-25), lievä ylipaino (25 -30), merkittävä lihavuus (30 -35), vaikea lihavuus (35-40), tai sairaalloinen lihavuus (>40) (FOTEG 2013). Tämä on yleisimmin käytetty määritelmä. BMI ei kuitenkaan anna eroavaisuuksia painossa lihaksen ja rasvan välillä, kehonrakentaja olisi BMI:n mukaan lihava. BMI ei myöskään anna tulosta siitä missä rasva sijaitsee. Korkea BMI on liitetty vähentyneeseen eliniän odotukseen. (Ogden 2010: 149.)

Ylipaino ja lihavuus on määritelty epänormaaliksi tai liialliseksi rasvan kerääntymiseksi, joka vaikuttaa terveyteen. Lihavuus johtaa usein liitännäissairauksiin, joista esimerkkeinä tyypin 2 diabetes, verenpainetauti, sepelvaltimotauti ja hyperkolesterolemia. (Ikonen ym. 2009: 38, 39.) Lihavuuden vaikutukset liittyvät siihen, missä ylimääräistä rasvaa on. Jos rasvaa on kertynyt ylävartaloon erityisesti vatsan alueelle, se on haitallisempaa kuin jos rasva on alavartalossa. Miehillä rasvaa kerääntyy helpommin ylävartaloon kuin naisilla, jolloin he ovat suuremmassa riskissä sairastua liitännäissairauksiin. (Ogden 2010: 152.)



Kuvio 1. Lihavuus on osasyynä useissa sairauksissa. Syyosuudet (%). (THL 2013).

Lihavilla on todettu olevan enemmän masennusta, etenkin heillä jotka odottavat pääsyä lihavuusleikkaukseen näyttäisi olevan enemmän masennusoireita. BMI: n yli 30 omaavilla henkilöillä on todettu olevan viisinkertainen riski sairastua masennukseen kuin muilla. Heiltä on löydetty myös lisääntyntä ahdistuneisuutta, huono ruumiinkuva ja heikentynyt elämänlaatu. Henkilöt, jotka ovat laihtuneet leikkauksen avulla, ovat raportoineet, että he olisivat mieluummin vaikka kuuroja, diabeetikkoja, lukihäiriöisiä, sydänsairaita tai kärsisivät aknesta kuin palaisivat entiseen painoonsa. (Ogden 2010: 152 - 155.)

Keskeisin syy ylipainon kertymiseen ja lihavuuteen on epätasapaino siinä kuinka paljon kaloreita syö ja kuluttaa (WHO 2012). Ravinnostamme on tullut runsaskalorisempaa, työtavat ovat vähemmän fyysisesti kuormittavia ja liikkuminen tapahtuu moottoriajoneuvojen avulla. Elimistömme ei ole sopeutunut vähentyneeseen energiankulutukseen ja lisääntyneeseen ravinnonsaantiin. (Ikonen ym. 2009: 31.) Muutokset ruokavaliossa

ja ruokailutottumuksissa sekä liikkumistavoissa johtuvat usein ympäristöllisistä ja yhteiskunnallisista muutoksista, jotka liittyvät kehitykseen ja puutteisiin tuen toimintatavoissa tietyillä osa-alueilla, kuten terveysala, maatalous, ympäristö, ruoan jalostus, liikenne, yhdyskuntasuunnittelu, levinneisyys, markkinointi ja kaupankäynti. Tukea antava elinympäristö ja yhteisö ovat tärkeimpiä tekijöitä lihavuuden ehkäisyssä, ne pystyvät vaikuttamaan ihmisten valintoihin terveellisen ruoan kulutuksessa ja liikunnan lisäämisessä. Ylipaino ja lihavuus sekä niihin liittyvät tarttumattomat sairaudet ovat suu- relta osin estettävissä. (WHO 2012.) Ennaltaehkäisyyn tulisi panostaa, jotta kasvava lihavuusongelma ja siihen liittyvät terveysriskit vältettäisiin mahdollisimman vähin vai- voin ja kustannuksin (Ikonen ym. 2009: 31).

## 2.1 Sairaalloinen lihavuus

Sairaalloisesti lihavien määrä viime vuosien aikana on monin kymmenkertaistunut suomessa sekä muualla maailmassa. Suomessa aikuisväestöstä sairaalloisen lihavia on 2 % ja yleisyys kasvaa iän myötä. Naisia on 25 - 44 vuotiaissa viisi kertaa enem- män ja vanhemmissa ikäluokissa kaksi kertaa enemmän kuin miehiä. Suomessa työ- ikäisistä sairaalloisen lihavia on noin 50 000 henkilöä. (THL 2009: 3,31,37,38.)

Sairaalloisen lihavuuden painoindeksi on yli 40kg/m. Suomessa ei ole sovittu termejä korkeammille painoindeksille kuin 40. Englanninkielisessä kirjallisuudessa käytössä on termit super-obese, jossa painoindeksi on yli 50 ja super-super-obese, jossa pai- noindeksi on yli 70. Lievemmissä lihavuuden luokissa perinteisillä laihdutuskeinoilla kuten liikunnan lisäämisellä ja ruokavaliomuutoksilla saadut muutaman kilon painonpu- dotukset voivat olla merkittäviä terveyden kannalta. Sairaalloisessa lihavuudessa tällai- set tulokset eivät ole riittäviä. Kuolleisuus sairaalloisessa lihavuudessa on 2,3-3 kertai- nen normaalipainoisiin verrattuna, mikä johtuu pääosin liitännäissairauksista, jotka liit- tyvät lihavuuteen. Myös pelkkä lihavuus lisää kuolleisuutta. Laajassa yhdysvaltalaises- sa väestötutkimuksessa kliinistä depressiota oli myös painoindeksin 40 ylittävillä viisi kertaa enemmän kuin normaalipainoisilla. (THL 2009: 3,31,37,38.)

## 2.2 Ennakkoasenteet lihavuutta kohtaan

Lihavuuden leikkaushoidosta puhuttaessa, ristiriitaiset mielipiteet ja tunteet nousevat esille kansalaisten, median sekä terveydenhuollon ammattilaistenkin keskuudessa.



Lihavuusleikkaukset ovat vaikuttavaa hoitoa, mutta ne eivät poista lihavuusongelmaa tai lihavuuden yhteiskunnallisia syitä. (Ikonen ym. 2009: 148 - 150.)

Eettiset haasteet lihavuuskirurgiassa liittyvät enemmänkin lihavuuteen ja sen hoitoihin kuin leikkaustoimenpiteeseen. Lihavuudesta löytyy kaksi hyvin erilaista ajattelutapaa. Ensimmäisessä ajattelumallissa lihavuus mielletään yksilön valintojen seuraukseksi, jossa oma vastuu korostuu. Toinen ajattelutapa kuvaa vaikean lihavuuden sairautena, joka vaatii hoitoa kuten muutkin sairaudet. Enenevissä osin lihavuuteen on alettu suhtautumaan yhteiskunnallisista muutoksista johtuvana ongelmana eli sitä voidaan hoitaa lääketieteellisin keinoin. Ajatuksia herättävä asia on, tulisiko kirurgisesti sekä julkisilla varoilla hoitaa tilaa, jota periaatteessa ei olisi, jos yksilö huolehtisi terveellisistä elintavoistaan. (Ikonen ym. 2009: 148 - 150.)

Huolimatta siitä, että lihavuudella ja ihmisen elintavoilla on keskeinen yhteys, on epäselvää, kuinka suurelta osin on mahdollista vaikuttaa näihin elintapoihin sekä millaisessa ympäristössä ihmiset valintojaan tekevät. Perinnöllisyydellä on oma merkityksensä ja myös hyvässä sosioekonomisessa asemassa olevilla on paremmat mahdollisuudet pitää itsestään huolta. Vaikeasti lihavan on useimmiten myöhäistä laihduttaa, joten ei voida olettaa, että se olisi puhtaasti yksilön vastuu. (Ikonen ym. 2009: 150 -151.)

Fyysisen terveysongelman lisäksi lihavuus voi vaikeuttaa elämää myös psykologisten ja sosiaalisten haittojen vuoksi elämänlaatua arvioitaessa. Lihavat kokevat leimaamista ja ennakkoluuloja. (Ikonen ym. 2009: 153.)

Lihavat mielletään laiskoiksi, heikoiksi, vähemmän tehokkaiksi ja epäsiisteiksi. Heihin suhtaudutaan syyllistäen ja hyljeksien vaikka heitä tulisi pitää uhreina. Stereotypiat vallitsevat myös hoitohenkilökunnan keskuudessa ja negatiiviset asenteet johtuvat yleensä siitä, ettei ymmärretä sairaalloista lihavuutta sairautena. (Hofmann 2010: 5.) On erilaisia strategioita, joilla hoitajat voivat edistää hoitotyön eettistä toimintaa sekä vähentää moraalista ahdinkoa työssään. Tärkeää on, että hoitaja oppii tunnistamaan omat arvonsa ja eettiset näkökulmansa hoitotyössä. Hoitajan on tutustuttava hoitotyön eettisiin sääntöihin ja kunnioitettava muiden hoitotyön ammattilaisten arvoja, velvollisuuksia ja mielipiteitä, vaikka ne eivät vastaisi hänen omiaan. (Kozier, Erb, Berman, Snyder 2004: 77.)

Ei ole oikeutettua syrjiä ketään sairauden tai vammaisuuden vuoksi ja painoon perustuva syrjintä ja siitä seuraava kärsimys puoltavatkin tehokkaiden lihavuushoitojen käyttöä. Leikkaushoito saattaa mahdollistaa ihmisarvoisen elämän lihavuudesta kärsiville, jotka eivät koe elävänsä ”normaalia” elämää. Myös terveydenhuollossa on tärkeä keskustella ennakkoluuloista lihavuutta kohtaan, jotta asenteet muuttuvat, sekä korostaa lihavuuden syiden löytyvän yksilön ulkopuolelta. (Ikonen ym. 2009: 153 -154.)

### **3 Lihavuuden hoito**

#### **3.1 Lihavuuden syitä**

Muutokset elimistön rasvamäärässä liittyvät genetiikkaan, ravitsemukseen, energian kulutukseen, psykologiaan ja sosiaalisiin tekijöihin ja näiden keskinäisiin vaikutuksiin. Fysiologiset tekijät ovat osallisia lukuisiin erilaisiin mekanismeihin, jotka korostavat yksilön biologisia puolia. (Ogden 2010: 157.) Harvoin lihavuuden syyksi löytyy vain yksi tekijä. Muutokset väestön keskimääräisessä painossa ja lihavuuden esiintyvyydessä ovat olleet nopeita, mikä tarkoittaa, että ulkoisilla tekijöillä on merkittävä vaikutus. Myös liikunnan vähentymisellä on osuutta painon nousuun. Sukupuolella on merkitystä, naisilla rasvaprosentti on n. 10 % suurempi kuin miehillä. Naisilla myös synnytysten määrä on yksi tekijöistä. Naisen paino nousee tällöin 10 -12 kg ja osalla paino jää synnytyksen jälkeen suuremmaksi kuin ennen synnytystä. Nuorten lihomisen syynä on mm. alkoholin käytön lisääntyminen. Myös rotu saattaa olla lihavuuteen vaikuttava tekijä. Rodun vaikutus voi olla geneettinen tai kulttuurinen. (Fogelholm 1998: 89,90.)

Alttius lihavuuteen on osittain periytyvää. On löydetty useita kymmeniä geenejä, joilla on vaikutusta aineenvaihduntaan ja joissa todetut muutokset lisäävät tai vähentävät lihomisalttiutta. Tämä ei selitä lihavuuden suurta yleistymistä, koska suomalaisten geenit ovat käytännössä samat kuin 50 -100 vuotta sitten kun lihavuus oli harvinaista. Tutkijoiden mukaan geeneillä voidaan kuitenkin osittain selittää, miksi jotkut ihmiset lihovat helpommin kuin muut. (THL 2009.) Lihominen voi tapahtua herkemmin tietyissä elämäntilanteissa kuten naimisiinmeno, tupakan polton lopettaminen ja raskaus (Duodecim 2011).

Perusenergiankulutus pienenee iän myötä, joten myös paino nousee herkemmin. Lihavuus näyttäisi olevan yleisempää vähemmän koulutusta saaneilla ja alemmassa sosiaaliryhmässä elävillä ihmisillä. Suomessa eri koulutusryhmien väliset erot ovat pienemmät kuin muissa länsimaissa, mutta silti lihavuus on meillä noin kaksi kertaa suurempi peruskoulutuksen ja akateemisesti koulutettujen välillä. Tiedetään myös, että vähemmän koulutusta saaneiden suhtautuminen lihavuuteen on vähemmän kielteistä kuin enemmän koulutusta saaneiden. On selvää, että väestöissä, joissa energian saanti ruoasta on runsaampaa ja fyysinen aktiivisuus vähäisempää, on lihominen myös yleisempää. (Fogelholm 1998: 89,90.)

Tutkimukset eivät yksiselitteisesti tue havaintoa siitä, että runsasrasvainen ruokavalio lihottaisi enemmän kuin vähärasvainen ja runsaasti hiilihydraatteja sisältävä ruokavalio. Esimerkiksi Suomessa ja Englannissa väestö on selvästi lihonut, vaikka rasvan kulutus on vähentynyt. Toisaalta taas joissakin väestöissä on havaittu yhteys rasvan käytön lisäämisellä ja lihomisella. Fyysisen aktiivisuuden vähentyminen selittää osaltaan sen, että lihominen yleistyy. Liikunta lisää kokonaisenergian kulutusta, mutta runsas fyysinen aktiivisuus voi myös vaikuttaa perusenergian kulutukseen ja aterian jälkeiseen lämmön tuottoon. Yksilöiden välillä on myös suuria eroja siinä, miten elimistö varastoi ylimääräisen energian rasvakudokseen ja rasvattomaan kudokseen. Jos energia varastoituu enimmäkseen rasvakudokseen, on lihominen herkempää. Ylimääräenergian varastoiminen rasvana vie vähemmän energiaa kuin jos se varastoidaan proteiinina. Rasvattoman kudoksen määrä säätelee perusenergiankulutusta. Ravintoaineiden ja kautumista kudoksiin säätelevät erot energia-aineenvaihdunnassa, liikunnan määrä ja ruokavalion koostumus. Lihavuus johtuu monesti sekä elintavoista, että perinnöllisistä tekijöistä, joten yksilön kohdalla on vaikea määritellä syytä lihavuudelle. Pitkään jatkunut runsas energiansaanti ja vähentynyt fyysinen aktiivisuus selittävät kuitenkin valtaosan lihavuuden esiintyvyydestä väestössä. (Fogelholm 1998: 90,91.)

### 3.2 Lihavuuden ennaltaehkäisy

Lihavuuden ehkäisy on entistä tärkeämpää nykypäivänä kun lihavien määrä kasvaa kovaa vauhtia (Mustajoki, Fogelholm, Rissanen, Uusitupa 2006:130). On paljon helpompaa ehkäistä painonnousua kuin laihduttaa ja ylläpitää laihdutuksen tuloksia (Duodecim 2012). Tavoitteena on ehkäistä ihmisten lihomista tai ainakin hidastaa sitä ja näin vähentää terveyshaittoja. Lähtökohtana on muuttaa ympäristöä niin, että painonhallinta helpottuu. On myös pyrittävä vaikuttamaan ihmisten henkilökohtaisiin

motiiveihin, tarpeisiin ja tietoihin. Lihavuuden ehkäisy on tuettava terveyden muita osa-alueita sekä elämänlaatua, joten sitä tulee tarkastella laaja-alaisesti terveyden edistämisen näkökulmasta. Terveyden edistämisessä löytyy kaksi erilaista strategiaa, joista toinen suuntaa toimenpiteet yksilöön tai hänen fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöönsä. Toinen strategia on toimenpiteiden suuntaaminen koko väestöön tai tarkoin valittuihin ryhmiin. (Mustajoki ym. 2006: 130 -131,134.)

Lihomista voidaan estää elintapoja muuttamalla (Duodecim 2012). Terveellinen ruokavalio ja liikunta vaikuttavat ehkäisevästi eri vaaratekijöihin (Suomen Sydänliitto ry 2012), joten liikunnan lisääminen ja ruokavalion muutos ovatkin keskeisessä asemassa lihavuuden ehkäisyssä. Runsasrasvaisen ruoan, pikaruokien ja eineksien sekä sokeripitoisten leivonnaisten ja juomien käyttöä tulisi vähentää, kun taas hedelmien, juuresten ja marjojen päivittäinen käyttö olisi suotavaa. Terveellinen ruoka on normaalia perusruokaa. (Duodecim 2012.) Alkoholin kulutuksen pitäisi olla kohtuullista, enintään kaksi annosta päivässä ja liikunnan tulisi olla osa jokapäiväistä elämää. Vaikkei paino vähenisikään, liikunta suojaa sydän- ja verisuonisairauksilta sekä aikuistyyppin diabetekselta. (Duodecim 2012.)

Nykyään saatavilla on lukuisia tuotteita ruokakaupoissa, jotka markkinoidaan terveelliseksi tai jollain tapaa terveyttä edistäviksi. Näitä ovat vähä-rasvaiset, vähä-suolaiset ja tietyt kolesterolia alentavat tuotteet. On myös televisio-ohjelmia, joissa keskitytään terveelliseen syömiseen ja terveelliseen ruoanlaittoon. Huolimatta tästä väestö kuitenkin jatkaa lihomista, ihmiset syövät enemmän ulkona, kuin kokkaavat kotona ja prosessoidun ruoan kulutuksessa ei näy laskua. Terveys motivaationa laihduttamisessa ja eri ruokavalioita kokeiltaessa antaa tutkimuksissa ristiriitaista tietoa. Ruokavalintoja tehdessä motivaationa toimii yleensä terveys, aistimuksellinen viehätys, hinta, hankkimisen ja valmistamisen kätevyys, painonhallinta, ruoan tuttavallisuus, mieliala, ruoan luonnollisuus, eettiset puolet ruoan valmistuksessa sekä valmistusmaa. Syömiskäyttötymistä motivoi siis monet eri tekijät eikä terveys ole välttämättä se ensisijainen. (Ogden 2010: 27-28.)

International Obesity Task Force (IOTF) on maailman terveysjärjestön alainen kansainvälinen lihavuustyöryhmä, joka on laatinut viisiportaisen mallin lihavuuden ehkäisyohjelman rakentamiseksi. Tarkoituksena on tunnistaa ongelman suuruus, etsiä lihavuuden mahdolliset aiheuttajat, miettiä ehkäisyn strategioita, arvioida ratkaisuja ja toteuttamismahdollisuuksia sekä valita toteutettavat toimenpiteet. (Mustajoki ym. 2006:

136-137.) IOTF:n päämäärä on luoda ja ylläpitää tehokkaan tiedonsiirtymisen kanava, jota voivat hyödyntää yksilöt sekä organisaatiot, jotka työskentelevät lihavuuden ennaltaehkäisyssä parissa. Tällä hetkellä he yrittävät vakuuttaa yhteiskunnan johtavassa asemassa olevia henkilöitä siitä, että jotain on tehtävä lihavuusepidemia ongelmalle. (International Obesity Task Force 2012.)

### 3.3 Lihavuuden konservatiivinen hoito

Monet yrittävät laihduttamista itseksensä ja jotkut kääntyvät terveysalan asiantuntijoiden puoleen. Lihavuuden hoitoa erityisesti Isossa-Britanniassa on kuvattu koordinoimattomaksi ja epäohdonmukaiseksi. Kliinisellä alalla on alettu huolestua, että terveysalan ammattilaiset eivätkä yleislääkärit ota lihavuusongelmaa niin vakavasti kuin pitäisi. (Ogden 2010: 182.)

Lihavuuden perushoidossa tarkoituksena on muuttaa henkilön elintapoja. Tavoitteena on pienienenergisempi ravinto ja fyysisen aktiivisuuden lisääminen. Ohjausta lihavuuden hoitoon voi antaa ravitsemusterapeutti, sairaanhoitaja tai muu terveydenhuollon ammattihenkilö. Perushoitoon kuuluu ruokavalio-ohjaus ja liikkuvaan elämäntapaan ohjaaminen. Laihduttamisen nopeuttamiseksi voidaan alussa käyttää erittäin niukkaenergistä ruokavaliota. Hoitoa voidaan toteuttaa kaikenasteisessa lihavuudessa. Jotta ohjaus olisi tehokasta, tulisi ohjauskertoja olla vähintään kymmenen. (Ikonen ym. 2009: 41 - 43.)

Useimmat lihavat vaistoavat herkästi jos heihin ei suhtauduta yhtä kunnioittavasti kuin muihin ihmisiin. Moralisointi ja vihaaminen, että potilas on laiska tai heikko estävät potilaan motivoitumisen laihduttamiseen. Lihavuuden syiden etsiminen ei yleensä ole tarpeen, mutta jotkut tiedot ovat tarpeellisia, jotta hoidolla olisi hyvä ennuste. Jos lihavuus on kehittynyt jo lapsuudessa, saattaa hoito vaatia enemmän ponnisteluja. Myös jos henkilö on yrittänyt jo useamman kerran laihduttaa esim. ohjatuissa ryhmissä, samanlaisen hoidon toistaminen voi olla tehokasta. Liitännäissairaudet vaikuttavat myös hoidon tarpeellisuuteen tai jos liikapaino pahentaa jonkin sairauden oireita. (Fogelholm 1998: 103,104.)

Potilaan haastattelussa kysytään yleensä uniapnean oireita, alaraajojen niveloireita, hengenahdistusta ja liikuntakykyä. Myös suvussa esiintyvien sairauksien vuoksi lihavuuden hoito on tärkeää. On tärkeää selvittää onko potilaalla syömishäiriötä kuten tai-

pumusta ahmimishäiriöön. Silloin laihdutusryhmän sijaan olisi hyvä harkita syömishäiriön hoitoa. Laihduttaminen ei myöskään onnistu jos on alkoholin suurkuluttaja. Tällöin tulee alkoholin käyttöä rajoittaa ennen lihavuuden hoitoa. On hyvä selvittää potilaan elämäntilanne, mikäli siellä on jonkinlaista stressiä, joka haittaisi laihduttamisessa. Kliinisessä tutkimuksessa on huomioitava myös mahdolliset lihavuuteen johtavat sairaudet kuten Cushingin oireyhtymä ja kilpirauhasen vajaatoiminta. (Fogelholm 1998: 103,104.)

Terveysthuollossa tulisi laihdutuksen perusteina käyttää pelkästään terveydellisiä syitä. Lievästi liHAVAN, mutta terveen henkilön ei tarvitse välttämättä laiHDuttaa. Tärkeää on, ettei paino kuitenkaan lisäännY, mutta jos ilmenee jokin lihavuudesta aiheutuva sairaus kuten aikuistyyppin diabetes, laihduttaminen tulee aiheelliseksi.

Yli 30 painoindeksin omaavat ovat vaarassa sairastua, joten laihduttamisesta on selkeästi hyötyä. Jo pienikin, 5-10% painonpudotus saa aikaan merkittäviä muutoksia veren rasva-arvoissa, verenpaineessa ja veren sokeriarvoissa. Laihdutustavoitteeksi ei tarvitse laittaa normaalipainoa. Ensimmäiseksi tavoitteeksi on hyvä laittaa 10 % kehon painosta. Ohjausmuotoina käytetään oppimis- ja käyttäytymisterapeuttisia menetelmiä. Laihdutustavoitteeksi on määritelty perushoidossa 5-10 prosentin pysyvä painonlasku. (Fogelholm 1998: 105.)

Lihavuutta on hoidettu vuosikymmeniä sitten monenlaisilla haitallisilla lääkkeillä. Esimerkiksi kilpirauhashormoni tyroksiinia annosteltiin tarkoituksellisesti liikaa, jotta kilot vähenisivät. Samalla kuitenkin käyttäjä sairastui kilpirauhasen liikatoiminnan oireisiin. Viime vuosisadan puolivälin jälkeen apteekista sai ostaa amfetamiinin kaltaisesti vaikuttavaa fentermiini-lääkettä, joka vähensi ruokahalua. Seurauksena oli riippuvuusongelma, jonka vuoksi lääkkeen käyttö lopetettiin. Vuonna 1998 tuli myyntiin orlistaatti ja muutama vuosi myöhemmin sibutramiini sekä vuonna 2006 tuli rimonabantti, jotka ovat käytössä edelleen. Orlistaattia käyttämällä pyritään ravinnon rasvamäärä pitämään kohtuullisena. Tavoitteena on että energiasta korkeintaan 30 % tulee rasvasta. Lääkkeen yleisimmät sivuvaikutukset ovat löysät, rasvaiset tai öljymäiset ulosteet. Sibutramiini hillitsee ruokahalua. Se nostaa myös hieman sykettä ja verenpainetta, jonka vuoksi sitä ei suositella sydän- ja verenpainepotilaille. Lievästi kohonnut verenpaine ei ole esteenä lääkkeen käytölle, sillä jos sen avulla päästään hyviin laihdutustuloksiin niin todennäköisesti verenpaine laskee laihtumisen tuloksena enemmän kuin lääke nostaa sitä.

Rimonabantti salpaa aivosoluissa olevia kannabinoidireseptoreja. Kannabinoidit ovat kannabiksen kaltaisia elimistön tuottamia aineita. Ne vaikuttavat pääasiassa aivoissa. Näiden reseptoreiden salpaaminen hillitsee ruokahalua. (Mustajoki 2007:195.)

Lääkkeiden tehoon liittyy yksilöllisiä vaihteluita. Kaikilla lääkkeet eivät auta laihdutuksessa eikä lääkehoidon tule olla ensisijainen hoitomuoto. Lääkkeitä voidaan käyttää jos painoehdot täyttyvät ja lääkkeen tulisi olla enemmänkin tuki muutoksissa kuin pääasiallinen apu laihduttamisessa. (Mustajoki 2007:197.)

On kolme erilaista lähestymistapaa, joilla lihavuutta voi hoitaa: elämäntapamuutos, lääkehoito ja lihavuusleikkaus. Tehokkain tapa tukea saavutettuja elämäntapamuutoksia on käyttää käyttäytymisstrategioiden, ruokavalion sekä liikunnan yhdistelmää. Lääkehoito ja lihavuusleikkaus saavuttavat parempia tuloksia kun niihin yhdistetään uuden elämäntavan tukeminen ja ylläpito kuin jos kutakin näistä kolmesta vaihtoehdosta kehiteltäisiin yksitellen. Suurin haaste hoidossa on ehkäistä painon tuleminen takaisin, sillä lihavuus muiden kroonisten sairauksien tapaan tarvitsee jatkuvaa hoitoa. (Burke, Wang 2011.)

Hoitosuosituksia ylipainoisille ja liikalihaville	
Ylipainoinen 25.0–26.9	Elämäntapamuutos
Ylipainoinen 27.0–29.9	Elämäntapamuutos + lääkehoito
Liikalihavuus 30.0–34.9	Elämäntapamuutos + lääkehoito
Liikalihavuus II 35.0–39.9	Harkitse leikkaushoitoa
Liikalihavuus III $\geq 40.0$	Leikkaushoito

Kuvio 4. Hoitosuosituksia ylipainoisille ja liikalihaville.

### 3.4 Lihavuuden kirurginen hoito

Lihavuuskirurgia eli bariatrinen kirurgia kehittyi 1950-luvulla ohutsuolen ohitusleikkauksesta, joka vähensi ravintoaineiden sulatusta ja imeytymistä. Ensimmäisen painon pudotukseen tähtäävän leikkauksen teki ruotsalainen kirurgi Henriksson 1952 poistamalla 105 cm ohutsuolta. Hänen havaintojensa pohjalta syntyi ajatus hoitaa lihavuutta ohittamalla osa ohutsuolta. Vuonna 1953 tehtiin ensimmäinen ohutsuolen ohitusleikkaus, joka käsitti ohutsuolen alku- ja loppuosan yhdistämisen ja ohitetun suolenosan yhdistämisen umpisuoleen. Vuonna 1963 julkaistiin tuloksia sairaalloisen lihaville potilaille tehdyistä leikkauksista, joissa ohitettiin lähes koko ohutsuoli yhdistämällä ohutsuolen alkuosaa paksusuolen poikittaiseen osaan. Koska tuloksena oli nopean painon laskun ohella ripuli, maksavaurio ja elektrolyyttihäiriöt, anatomia jouduttiin palauttamaan. Kaikki potilaat lihoivat takaisin palautusleikkauksen jälkeen. Ohutsuolen ohitusleikkauksesta onkin luovuttu siihen liittyvien aineenvaihduntahäiriöiden vuoksi, jotka johtivat munuais- kiviin, maksavaurioihin ja immunologisiin niveloireisiin. (Ikonen 2009:46.) Vuonna 2011 Suomessa tehtiin 1029 lihavuuskirurgista leikkausta (Finnish obesity treatment group 2012).

Lihavuusleikkauksen laihtumisteho perustuu siihen, että se rajoittaa kerralla syötävän ruoan määrää ja vähentää ruokahalua. Tämä hoitomuoto vaatii pysyviä elintapamuutoksia, sillä potilaalta edellytetään kykyä muuttaa syömistottumuksiaan leikkauksen vaatimalla tavalla. Suomessa tavallisin leikkaustapa on mahalaukun ohitusleikkaus. Siinä mahalaukku katkaistaan yläosastaan, ja siitä muotoillaan 20–30 ml:n suuruinen pussi, joka yhdistetään ohutsuoleen. Toinen yleinen leikkausmuoto on mahalaukun kavennus, jossa suurin osa mahalaukun pohjukasta ja runko-osasta poistetaan. Tämä vaikuttaa painoon ensisijaisesti siten, että se rajoittaa syötävän ruoan määrää. (Käypähoito.) Lihavuusleikkaus on aina viimeinen ja radikaalein vaihtoehto ja siihen valikoidaan tarkasti henkilöt, jotka ovat jo kaikkia muita vaihtoehtoja kokeilleet, eivätkä ne ole hyödyttäneet heitä. Potilaiden valinta on koko prosessin tärkein vaihe. Heidän tulee täyttää leikkaukseen pääsyyn vaaditut kriteerit, joita ovat:

- sairaalloinen lihavuus (jolloin BMI on yli 40 tai BMI on yli 35 ja siihen liittyy liitännäissairaus)
- riittävä ja realistinen tieto leikkauksesta sekä sen mahdollisista haitoista ja hyödyistä
- motivoituneisuus omaa hoitoa kohtaan



- tunne-elämän ja mielenterveyden tasapainoisuus
- leikkaamiseen ei saa liittyä liian suuria riskejä
- Potilaalla tulee olla näyttöä useista laihdutusyrityksistä

Useimmissa tapauksissa potilailla tulee olla näyttöä vähintään kuusi kuukautta kestävästä, lääkkein tuetusta laihduttamisyrityksestä. Näin hän pystyy todistamaan, ettei hän ole pystynyt tiputtamaan painoa lääkkeiden ja ruokavalion avulla ja voidaan arvioida potilaan kyky noudattaa ohjelmaa, joka vaatii ravinnon ja liikunnan hallintaa. Potilaiden pitää lisäksi läpikäydä useita preoperatiivisia käyntejä sisältäen ravintoterapeutin, psykologin ja ravintoterapeutin tapaamiset. Ennen leikkausta potilasta ohjeistetaan tiputtamaan painoa edes vähän ja lopettamaan tupakointi. Kaikki tämä on olennaista, jotta saavutettaisiin mahdollisimman suuret hyödyt leikkauksesta pitkällä aikavälillä sekä komplikaatioilta välttyttäisiin. (Grindel 2006: 136.)

Lihavuusleikkaukseen valitun potilaan tulee lääkärinsä kanssa keskustella, millä menetelmällä hänelle tehtäisiin leikkaus. Jotta leikkauksen jälkeen saavutettaisiin toivotut lopputulokset, lihavuusleikatut ovat kokeneet, että avainasemassa on hoitajien aito välittäminen sekä hoitajien tapa ohjata potilasta. Leikkaus voi onnistuessaan parantaa potilaan elämänlaatua huomattavasti ja se voi olla tehokas tapa sairaanloisen lihaville pudottaa painoa ja olla ratkaisu parantua lihavuuteen liittyvistä liitännäissairauksista.

Eri leikkausmenetelmiä ovat:

Mahalaukun ohitusleikkaus, joka voidaan suorittaa joko avoimessa leikkauksessa tai tähystämällä. (Grindel 2006). Tähystyksessä tehty ohitusleikkaus eri muodoissaan on yleisin nykyisistä tekniikoista (Ikonen 2009: 48). Menetelmästä kehittyi useita muunnelmia, mutta kaikissa periaatteena on pienennetyn mahalaukun säiliöosan nopea täytyminen ja ravinnon kulkeutuminen suoraan jejunumiin, tyhjäsuoleen. Tämä aiheuttaa kylläisyyden tunteen. Mahalaukun ohitusleikkauksen merkittävänä vaikutusmekanismina pidetäänkin muutoksia suoliston kylläisyshormonien erittymisessä. Ohutsuolen alkuosan ohittaminen voi vähentää hiukan ravintoaineiden imeytymistä, mutta menetelmä ei aiheuta merkittävää rasvojen imeytymishäiriötä. (Ikonen 2009: 48). Sen sijaan erityisesti raudan, B-12 vitamiinin ja kalsiumin puutteita ilmenee ja usein potilaat kokevat dumping- syndrooman oireita. Tällä menetelmällä painonpudotus ylittää yleensä 45 kg tai suurin piirtein 65 % -70 % ylimääräisestä kehonpainosta. Muita leikkausmene-

telmiä ovat: biliopankreaattinen diversio, duodenal switch -tekniikka, mahalaukun tuettu muotoiluleikkaus, mahapantaleikkaus ja mahalaukun kavennusleikkaus. (Grindel 2006.)

Lile ry eli Suomen Lihavuusleikatut on valtakunnallinen potilasjärjestö lihavuusleikatuille, jonka tarkoituksena on edistää lihavuusleikattujen ja lihavuusleikkausta tarvitsevien etuja. Lilen tarkoitus on järjestää yhteistoimintaa jäsenille ja mahdollistaa vertaistuen, kommunikoinnin sekä tiedonsaantia. Potilasjärjestönä heidän tehtävänsä on lisätä tietoa sairaaloissa ja tiedotusvälineissä sekä edistää tasapuolista palvelujen saantia. Yhteisön tärkein vertaistuen kanava on jäsenten yhteinen foorumi, jonka keskusteluihin osanottaminen vaatii jäsenyyttä. (Lile ry.)

#### **4 Vertaistuki ja terapiat lihavuuden hoidon tukena**

Tukimuotoja ovat mm. vertaistukiryhmät sekä ryhmä- ja yksilöterapiat. Vertaistukiryhmiä on esimerkiksi kasvokkain tukiryhmät ja internet tukiryhmät. (Fontaine 2003:243.) Ryhmä- ja yksilöterapiassa on käytetty jo pitkään kognitiivista käyttäytymisterapiaa menetelmänä (Fogelholm 1998: 129).

Tukiryhmässä ideana on, että jäsenet jakavat ajatuksiaan ja tunteitaan sekä auttavat toinen toisiaan huolien ja ongelmien tarkastelussa. Tukiryhmille luonteenomaista on, että osallistujat määrittelevät omat tarpeensa, jäsenillä on yhtäläinen valta sekä osallistuminen on vapaaehtoista. (Fontaine 2003: 244.) Internetissä olevien tukiryhmien suosio on kasvussa ja osa niistä tarjoaa useita erilaisia palveluja kuten chat - huoneita keskustelua varten, materiaalia luettavaksi tai mahdollisuuden kysyä neuvoa asiantuntijalta. Internet ryhmien etu on ympäri vuorokautinen palvelu, missä tahansa oletkin, anonymisuus, joka suojelee yksityisyyttä sekä kohtuullinen hinta. (Fontaine 2003: 245.)

Vertaistukiryhmissä tyypillistä on tuen ja auttamisen vastavuoroisuus, vertaistuki usein liittyy johonkin tiettyyn elämänvaiheeseen tai ongelmaan ja se perustuu osapuolten omiin kokemuksiin. Vertaistuki ei ole sama asia kuin ammattiapu, mutta ne tukevat toisiaan. Ammatilainen voi ohjata vertaistukiryhmää sekä kannustaa ryhmäläisiä kokemusten vaihtamiseen, mutta tarkoitus on, että osallistujat itse hoitavat keskustelu-

puolen jakamalla kokemuksiaan. (Sosiaaliportti 2012.) Vertaisryhmän tuella voi olla helpompaa muuttaa elintapojaan terveellisempään suuntaan, ryhmän myönteisen sosiaalisen paineen avulla (Terveyskirjasto 2012).

Vertaistukisuhteelle tyypillistä on samanaikainen rooli sekä tuen antajana, että saajana. Kysymyksessä on ihmisten välinen suhde, jonka on tarkoitus olla tasavertainen ja vastavuoroinen. Parhaimmassa tapauksessa vertaistuesssa on kyse yksilön ja ihmisryhmän voimaantumisesta. ( Sosiaaliportti 2012.)

Ryhmäterapia on terapiamuoto, jossa ryhmän jäsenet ja terapeutti auttavat osallistujia psykologisen, tiedollisen tai käyttäytymisen toimintahäiriöiden muutosprosessin läpi. Ryhmäterapiassa hoitaja toimii asiantuntijana, joka ohjaa keskustelua toivottavaan suuntaan, auttaa ryhmää luomaan yhteenkuuluvuuden tunteen sekä luo yhdessä osallistujien kanssa säännöt ja normit ryhmän toiminnalle. (Fontaine 2003: 243.)

Kognitiivisella käyttäytymisterapialla on saatu hyviä tuloksia jo pitkään lihavuuden ja syömishäiriöiden hoidossa. Se on jäsennettyä ja tavoitekeskeistä. Tavoitteiden saavuttaminen tarkistetaan aina tietyn väliajoin. Käyttäytymisterapiaan kuuluu usein myös kirjallinen sopimus, johon kirjoitetaan ongelmat, tavoitteet, velvoitteet ja kustannukset. Terapiassa lihava ihminen on omien ongelmiansa asiantuntija ja terapeutti käyttäytymisanalyysin sekä hoidon asiantuntija. Kaikki esille tulevat asiat ovat avoimia, niistä keskustellaan ja hoidon osapuolet ovat tasa-arvoisia. Kyseisessä terapiassa tarkastellaan henkilön käyttäytymisen alueita kuten mitä henkilö tekee, sanoo, tuntee, ajattelee ja millaisia fysiologisia reaktioita hänellä on ja miten ne vaikuttavat lihavuuteen sekä millainen vuorovaikutus niillä on ympäristön kanssa. Terapiassa luodaan tilanteita, joissa henkilö saa omakohtaisia kokemuksia omista mahdollisuuksistaan vaikuttaa elämänsä ja käyttäytymistottumuksiinsa. Tämä tapahtuu esim. kysymyksillä, itsehavaintomenetelmillä ja kotitehtävien tekemisellä. Hänelle annetaan myös tietoa syömiskäyttäytymistä selittävistä tekijöistä. Hänelle opetetaan menetelmiä, ajattelu – ja työskentelytapoja, joita hän voi käyttää omatoimisesti kun terapia on ohi. (Fogelholm 1998 :129, 130.)

Livhitsin mukaan tukiryhmät jatkavat lihavuusleikkauksen läpikäyneen henkilön tukemista ja ohjausta leikkauksen jälkeen ja ryhmiin osallistumisella vaikuttaakin olevan yhteys painon pudotukseen leikkauksen jälkeen. On tutkittu, että lihavuusleikatuilla potilailla paino putosi yhtäläisesti ensimmäiset kuusi kuukautta, seuraavan puolen vuo-

den aikana tukiryhmiin osallistuneiden paino oli pudonnut merkittävästi enemmän verraten potilaisiin, jotka eivät osallistuneet ryhmiin. (Livhits ym. 2010: 142- 148.)

Tukiryhmien toimintaan ei ole standardisoituja ohjeistuksia kuinka niiden tulisi toimia ja tutkimusta tarvitaan, jotta löydetään avain toimivaan tukiryhmätoimintaan. Tulisi harkita, millä keinoin useammat lihavuusleikkauspotilaat saataisiin osallistumaan vertaistapaamisiin. Esimerkiksi tapaamisaikojen joustavuus ja laaja, mutta selkeä ohjelma sekä uudet keskustelun aiheet voivat rohkaista osallistumaan. (Livhits ym. 2010: 142- 148.)

## **5 Lihavan aikuisen tuen ja ohjauksen tarpeet**

Ohjauksen lähtökohtana on sekä hoitajan, että potilaan taustatekijät. Näihin lukeutuu fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja muut ympäristötekijät. Potilas on oman elämänsä asiantuntija ja tuo ilmi asioita ja ongelmia, joihin kokee tarvitsevansa apua. Hoitaja taas toimii hoitotyön ja ohjauksen asiantuntijana, havaitsee ja arvioi potilaan ohjaukseen liittyviä tarpeita yhdessä hänen kanssaan. Hoitajan on hyvä tunnistaa omat taustatekijänsä, jotka saattavat vaikuttaa ohjauksen antoon, jotta hän kykenee antamaan potilaalle selkeää ohjausta. (Kyngäs ym. 2007: 26-28.)

### **5.1 Lihavuuskirurgisen potilaan ohjaaminen ennen ja jälkeen leikkausta**

Potilaat toivoivat saavansa jo ennen leikkausta tarkkaa tietoa oireista ja niiden hoidosta leikkauksen jälkeen. He toivoivat myös hoitohenkilökunnan arvioivan heidän sitoutumistaan muutosvaiheeseen ja sovittavansa tukensa sen mukaan. Potilaat kaipaavat tietoa ensimmäisen ylösnousun haasteellisuudesta sekä putoamiseen ja kaatumiseen liittyvistä peloista leikkauksen jälkeen. Heitä huolestutti leikkauksen pelko, kivut leikkauksen jälkeen ja myöhemmin kotona sekä lisäsairauksien hoidon jatkuminen. Potilaat toivoivat pääsevänsä harjoittelemaan haavanhoitoa jo sairaalassa ja toivoivat, että myös perheenjäsenet huomioitaisiin leikkauksen jälkeiseen aikaan valmentautuessa. (Mattila, Rekola, Häggman-Laitila 2012.)

Potilaat kaipaavat tukea ja ohjausta leikkausta ennen ja jälkeen ilmeneviin tunnereaktioihin kuten häpeään, tunneperäisiin takaiskuihin ja menetyksestä johtuvaan masennukseen. Ennen leikkausta häpeä liittyi lihavuuteen ja omaan ulkonäköön.

Leikkauksen jälkeen potilaat häpesivät, että olivat valinneet kirurgian painonsa pudottamiseksi, sillä se vaikutti helpolta ratkaisulta joka ei vaatinut omia ponnistuksia. Tunneperäisiä takaiskuja aiheutti ihon roikkuminen ja painon takaisin kertymistä pelättiin painonlaskun hidastuessa vuoden kuluttua leikkauksesta. Läheisten ihmissuhteiden menetys ja avioerot aiheuttivat takaiskuja painonpudotuksessa. (Mattila, Rekola, Häggman-Laitila 2012.)

Haasteelliseksi potilaat kokivat uuden psyykkisen ja fyysisen minäkuvan hyväksymisen. Huolimatta muodonmuutoksen positiivisista vaikutuksista, potilaat kokivat tarvitsevansa sopeutumiseen ohjausta ja tukea. Etenkin leikkauksen jälkeen keho muuttui nopeasti ja vaatekoko pieneni, mutta oma kehonkuva pysyi pitkään lihavana. (Mattila, Rekola, Häggman-Laitila 2012.)

Leikkausta ennen potilaat eivät kyenneet osallistumaan aktiiviseen elämään kodin ulkopuolella liikkumisongelmien, liitännäissairauksien ja lihavuuteen kohdistuvan huomion vuoksi. Leikkauksen jälkeen he tarvitsivat ohjausta ja tukea hakeutuessaan ihmisten pariin ja kohdatessaan uudenlaisia huomionosoituksia kuten uuteen ulkonäköön kohdistuvat katseet sekä positiivisten kommenttien vastaanottaminen. (Mattila, Rekola, Häggman-Laitila 2012.)

Potilaiden oman vastuun tärkeyden ymmärtäminen oli edellytys hyvän ja toivottavan lopputuloksen kannalta. He tarvitsivat tukea realististen tavoitteiden ja hoitoon sitoutumisen kanssa sekä ohjausta psykologisiin tai fysiologisiin oireisiin liittyen. Oli tärkeää, että he luottivat omaan kykyynsä vaikuttaa painonpudotuksessa. Itsestään oli pidettävä huolta koko loppuelämän, joten ruokailutottumuksien ja elämäntyylin muutoksien tuli olla pysyviä. Vuoden kuluttua painon laskun hidastuessa lisääntyneen painon ehkäisemiseksi tuli tehdä kovasti työtä. (Mattila, Rekola, Häggman, Laitila 2012.)

Pystymisen kokemus, vapautuminen syömisen pelosta ja ahdistuksesta, kontrollin siirtyminen mahasta mieleen, tietoisien syömisen oppimisen harjoitukset ja tunnesyömisen välttäminen tukevat potilaiden mukaan syömisen sisäistynyttä kontrollia. Potilaat kokivat tarvitsevansa näissä tukea sekä ohjausta vapautuakseen häpeän ja syyllisyyden tunteesta sekä lisätäkseen tyytyväisyyttä elämäänsä. Potilaat kokivat lihavuuskirurgisen leikkauksen käännteentekeväksi muutokseksi elämässään. Leikkauksen jälkeen heillä esiintyi nälän tunteen puuttumista ja ruokahaluttomuutta, potilaat kokivat kontrollin olevan ”mahassa”, sillä syöminen oli vaikeaa. Potilaat harjoittelivat leikkauksen jälkeen kotona päivittäin tietoisien syömisen oppimisen harjoituksia, joita olivat lihasren-

toutukset, hengityksen, kehon hahmottamisen ja mietiskelyn harjoitukset. Potilaiden tuli välttää tunnesyömistä, johon kuului vapautuminen mielihyväsyömisestä sekä syömisestä masennukseen ja ikävystymiseen. (Mattila, Rekola, Häggman-Laitila 2012.)

## 5.2 Potilaiden omat kokemukset tuen ja ohjauksen tarpeista

Lihavuusleikkauksessa olleet potilaat kuvasivat leikkausta elämää mullistavaksi kokemukseksi, vaikka he kokivat, että psyykkiset ja käyttäytymiseen liittyvät tarpeet jäivät usein huomiotta. He kuvasivat stressitekijöiksi mm. luonnonkatastrofit ja työhön liittyvät tilanteet, mitkä häiritsivät heidän painonhallintaansa. (Sutton, Murphy, Raines 2009: 303.)

Leikkauksen jälkeistä fysiologista tukea pidettiin tärkeänä, mutta psykososiaalisessa tuessa ja seurannassa potilaiden kokemusten mukaan oli puutteita. Sairaalassa järjestetyissä tukiryhmissä hoidon ammattilaiset usein jättivät psykososiaaliset näkökulmat hoitamatta ja keskittyivät vain fyysiseen muodonmuutokseen edistääkseen henkilön hyvinvointia. Potilaiden kokemusten mukaan fyysinen elämänlaatu oli parempaa. Painonlasku on dramaattinen ja näkyvä muutos, jolloin helposti psykososiaaliset tarpeet jäävät huomioimatta. (Sutton ym. 2009: 304-305.)

Potilaita ei ollut ohjattu psykososiaalisen tuen äärelle niinä 12 kuukautena leikkauksen jälkeen, jolloin muutokset ovat suurimpia. Ensimmäisen vuoden loppukuukausina henkilöt huomasivat painon laskun hidastumisen, mutta haavoittuvaisuuteen liittyvien tunteiden nousun. Monet heistä kokivat ”masennus” päiviä. (Sutton ym. 2009: 304.)

Tutkittaessa sosiaalisia tuen tarpeita afrikkalais-amerikkalaisilla lihavilla tai ylipainoisilla naisilla, selvisi, että he ovat kiinnostuneita sosiaalisen tuen saamisesta painonpudotusprosessissaan. Yli puolet heistä, ilmoittivat yrittävänsä tiputtaa painoaan aktiivisesti ja päälle neljäsosa osallistujista, oli sitä mieltä, että tukea ystäviltä tai perheeltä saa todennäköisesti ”paljon”. Tukea pääosin sai lapselta, ystävältä, puolisoilta tai kumppanilta ennemmin kuin vanhemmalta tai sisarukselta. (Thomas ym. 2009.)

Osallistujat tunnustivat tarvitsevansa ja haluavansa tukea painonpudotuksessa, mutta monet raportoivat tuen puutetta lähimmäisiltään. He kokivat, että heidän kykyään pudottaa painoa epäiltiin ja vaivannäköä paheksuttiin. Toivomus oli, että tuen

antaminen keskittyisi enemmän terveyden edistämiseen kuin parantuneeseen ulkonäköön. He suosivat konkreettisia tuen muotoja kuten urheilua yhdessä. (Thomas ym. 2009.)

Tukihenkilöltä toivottiin tietynlaisia ominaispiirteitä kuten empaattisuutta ja sitoutumishalua yhdessä työskentelyyn. Positiivisena koettiin läheinen ja välittävä suhde, jossa vältetään kritiikkiä, mutta käytetään myönteisiä vahvikkeita. Henkilö, joka itse on pudottanut painoaan tai muuttanut muuta terveyskäyttämistään onnistuneesti koettiin sopivaksi. (Thomas ym. 2009.)

Potilaat kokivat tuen saamisen positiivisena muilta, jotka myös kamppailivat painonpudotuksen kanssa. He osoittivat kiinnostusta ”painonpudotusohjelmaan”, jossa yhdessä parin kanssa edettäisiin painonpudotusprosessissa toinen toistaan tukien. (Thomas ym. 2009.)

## 6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyömme tarkoitus on selvittää, minkälaisia menetelmiä on toteutettu lihaviin aikuisten painonhallinnan tukemisessa ja ohjauksessa. Tavoitteenamme on löytää toimivia ja hyväksi havaittuja ohjauksen menetelmiä, jotka auttavat lihavia potilaita sitoutumaan uusiin elämäntapoihin. Opinnäytetyömme tuloksia voi hyödyntää lihaviin potilaiden ohjausta ja tukea suunniteltaessa ja toteutettaessa.

Tutkimustehtävänä on:

1. Tutkia minkälaisia ohjauksen menetelmiä painonhallinnassa on toteutettu lihavilla aikuisilla?

### 6.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on kerätä tietoa rajatusta aiheesta aikaisemmin tehtyjen tutkimusten pohjalta ja koota näistä yhteenveto, joka mahdollisimman kattavasti vastaa tutkimuskysymykseen. (Pudas-Tähkä, Axelin 2007:46.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on kätevä tapa esittää tutkimustulokset tiiviissä muodossa ja arvioida niitä sekä niiden johdonmukaisuutta. Se voi tuoda esiin uusia tutkimustarpeita paljastaessaan aikaisemmissa tutkimuksissa esiintyviä puutteita. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus erottuu selkeästi omaksi kokonaisuudekseen tarkan seulonnan vuoksi. Jokainen tutkimus käydään seulonnessa tarkasti läpi. Tärkeää on noudattaa kirjallisuuskatsaukselle asetettuja kriteereitä, sillä metodin huolellinen käyttö on olennaista tutkimuksen uskottavuuden kannalta. (Salminen 2011: 9-11.)

Kirjallisuuskatsauksen alkuvaiheessa laaditaan tutkimussuunnitelma, jossa tuodaan esille tutkimuskysymykset, joihin pyritään vastaamaan. Hyvin rajatut tutkimuskysymykset helpottavat sopivan kirjallisuuden sekä tutkimusten löytämistä. (Pudas-Tähkä ym. 2007:47.)

Hakuprosessi on kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden kannalta kriittinen vaihe, sillä siinä tehdyt virheet vääristävät kerättyä tietoa. Katsauksen luotettavuutta parantaa asiantuntijan apuun turvautuminen tiedonhaun aikana. Hakutapojen tarkka dokumentointi on tärkeää, jotta sitä voidaan pitää luotettavana sekä tieteellisesti pätevänä. (Pudas-Tähkä ym. 2007:49-50.)

## 6.2 Opinnäytetyön tiedonhankinta

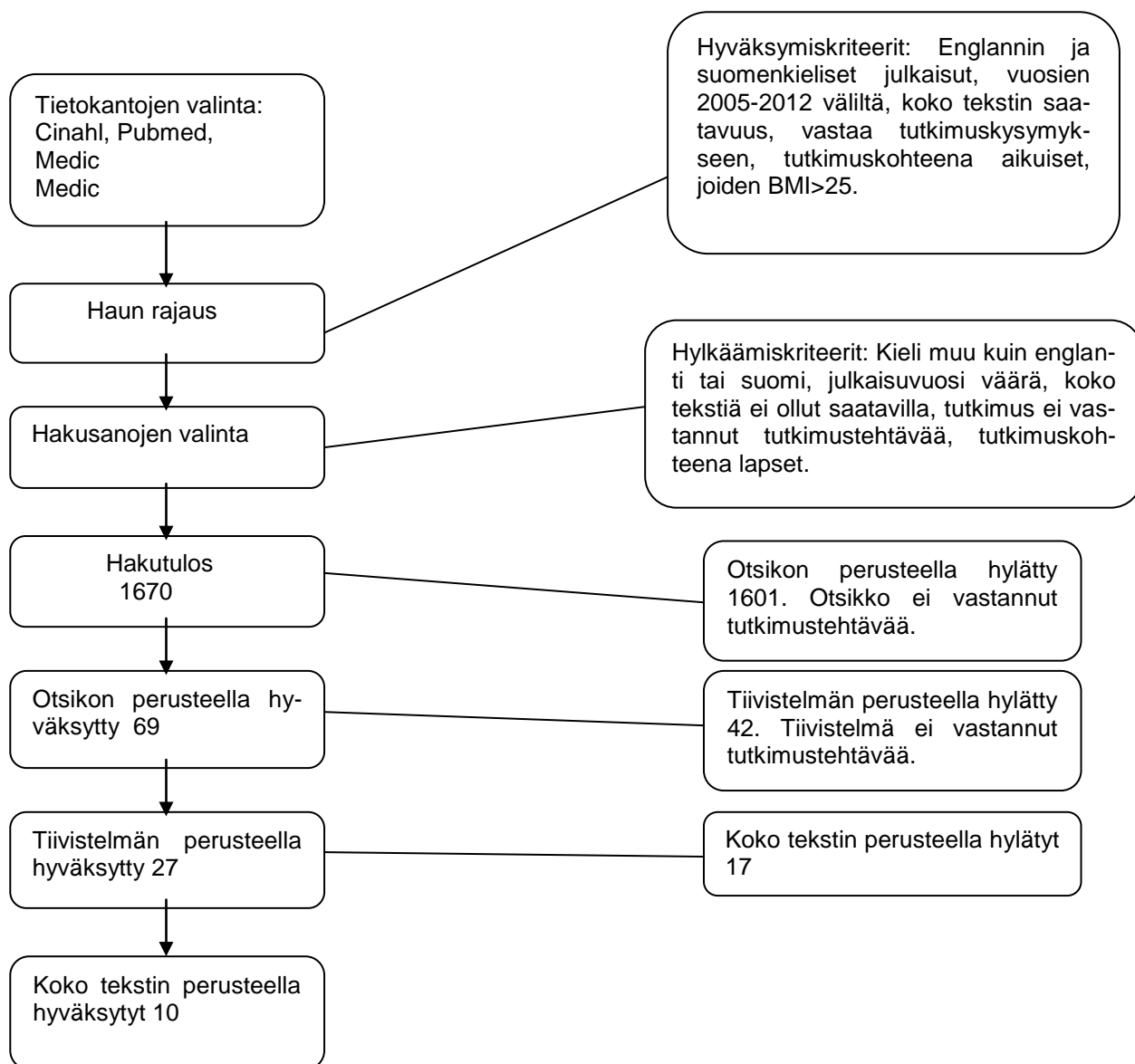
Aineiston keruu aloitettiin syksyllä 2012. Käytimme tietokantoja Cinahl, Pubmed ja Medici, koska testihaussa näistä tietokannoista löytyi käyttämillämme hakusanoilla eniten aiheeseen liittyviä julkaisuja. Suomenkielisistä tietokannoista ei löytynyt tutkimuskysymykseemme sopivia julkaisuja.

Valintakriteerit:

- Englannin ja suomenkieliset julkaisut
- Vuosirajaus 2005-2012
- Koko tekstin saatavuus
- Vastaa tutkimuskysymykseen
- Tutkimuskohteena aikuiset, joiden BMI >25



Hakutuloksista saatujen artikkeleiden otsikon piti vastata tutkimuskysymystämme, jonka jälkeen luimme tiivistelmän ja sen perusteella tutkimus valittiin kokonaan luettavaksi. Tutkimusten sopivuudesta ja niiden tulostamisesta kokonaan luettavaksi päätettiin yhdessä. Valitun tutkimuksen luki aina vähintään kaksi henkilöä. Tulostamisen jälkeen ne jaettiin luettavaksi, jonka jälkeen lukijat keskustelivat aineiston sisällöstä ja päättivät mitkä niistä valitaan opinnäytetyöhön. Kaikki lukijat perehtyivät valittuihin tutkimuksiin.



Kuvio 2. Tiedon haku ja artikkeleiden valinta vaiheittain.

## 7 Tutkimustulokset

### 7.1 Kahta ryhmää vertailevat tutkimukset

<b>Tekijät ja vuosi</b>	<b>Tutkimuksessa käytetyt menetelmät</b>
Donaldson, E. L. ym. 2011.	seuranta vs tekstiviesti
Rohrer, James E ym. 2008.	vähemmän intensiivinen vs enemmän intensiivinen ohjaus
Sutton, Douglas H ym. 2008.	internet vs kasvokkain ohjaus
Thomas, D ym. 2010.	seuranta vs sähköposti
Van Wier, Marieke F ym.c 2009	seuranta vs puhelin ja sähköpostiohjaus

Kuvio 3.

Lihavuuden hoidossa on tutkittu erilaisia ohjausmuotoja tavallisen kasvokkain tapahtuvan ohjauksen tueksi, kuten puhelinohjausta, internetohjausta ja sähköpostiohjausta. Näitä ohjausryhmiä vertailtiin tutkimuksissa keskenään sekä yksinkertaisemmin ohjattuun seurantaryhmään.

Tekstiviesti-menetelmää käytettiin 12 viikon ajan ylipainoisilla aikuisilla, jotka olivat läpikäyneet painonpudotusohjelman. Tarkoituksena oli ylläpitää painonpudotusta sekä edistää sitä. Heidät jaettiin kahteen eri ryhmään. Ainoastaan interventoryhmässä olleille jaettiin päivittäin tavoitteita liikunnan ja syömisen suhteen. Kahdesti viikossa interventoryhmän osallistujat lähettivät tietoa edistymisestään ja saivat palautetta ammattilaiselta. Seurantaryhmässä olleilta mitattiin ainoastaan painoa. (Donaldson, Fallows 2011: 385-386.)

Verrattuna seurantaryhmään, tekstiviestiryhmän BMI, kehon massa ja vyötärön ympärys vähenivät huomattavasti. Elämänlaatu parantui ja masentuneisuus väheni. Ahdistuneisuudessa ei löytynyt eroja ryhmien välillä. Tyytyväisyystarkkailu osoitti osallistujien olevan tyytyväisiä ohjelmaan kaiken kaikkiaan. (Donaldson, Fallows 2011: 385-386.)

Toisenlaisessa tutkimuksessa, jossa mukana oli myös puhelinohjausta, vertailtiin intensiivistä ryhmää (IS ryhmä) sekä ryhmää jossa osallistujat yrittivät laihtua vähemmän intensiivisellä tavalla ja sellaisilla painonhallintakeinoilla kuin halusivat (LI ryhmä). IS ryhmälle ohjausta antoivat terveydenhoitajat. Osallistujia seurattiin yhden vuoden ajan.

Osallistujilla BMI oli 35-50kg/m<sup>2</sup> välissä. LI ryhmän keinot sisälsivät itseapuja, ravitsemusterapeutilla käynnin sekä kaupallisia laihdutusohjelmia. Puhelinohjausta ei heillä ollut. IS ryhmän jäsenillä oli viikoittain puhelinseuranta, he osallistuivat viikoittain käyttäytymisen tarkkailuun perustuville ohjaustunneille, missä keskityttiin elämäntapamuutoksiin, joihin kuului tavoitteen asettamista, suunnittelua, ongelman ratkaisua, ympäristön kontrollointia ja fyysisen aktiivisuuden lisäämistä. Ohjelmaan kuului myös vähäenergiset ateriankorvikkeet. Potilaat kenellä BMI oli yli 35, tapasivat viikoittain sairaanhoitajan ja tarvittaessa myös lääkärin. IS ryhmässä olleilla painonpudotus oli suurempaa. Keskimääräinen painonpudotus LI ryhmällä oli 5.9kg ja IS ryhmällä 15.7kg. LI ryhmässä olleet pudottivat vähemmän painoa kuin kuviteltiin. (Rohrer, Cassidy, Dressel, Cramer 2008: 449-453.)

Internet tukea sekä kasvokkaista tukiryhmää vertailtiin Suttonin tutkimuksessa. Lihavuusleikkauksen läpikäyneiden ihmisten haluttiin arvioivan terveytensä laatua leikkauksen jälkeen. Tutkimukseen osallistui 164 henkilöä. Heitä oli kahdesta eri internet tukiryhmästä sekä yhdestä kasvokkaisesta tukiryhmästä. (Sutton 2008: 304.)

Lihavuusleikkauksen läpikäyneet ihmiset kokivat heidän kokonaisvaltaisen terveydenlaatunsa joko hyväksi tai erittäin hyväksi. He myös arvioivat terveydenlaatuun vaikuttavat osatekijät eli psyykkisen ja fyysisen toimintakyvyn samalle vaihteluvälille. Kun tuloksia verrattiin internet tukiryhmän sekä kasvokkaisen tukiryhmän välillä, olivat tulokset selkeästi parempia kasvokkaisen tukiryhmään osallistuneilla. Kuitenkin kasvokkaisen ryhmän jäsenet arvioivat fyysisen toimintakyvyn olevan parempi kuin taas internet tukiryhmän jäsenet arvioivat psyykkisen toimintakyvyn korkeammalle. Tulevaisuudessa haaste on tutkia ja ymmärtää minkä vuoksi psyykkinen ja fyysinen toimintakyky koettiin niin erilaiseksi riippuen tukiryhmän muodosta. (Sutton 2008: 304.)

Sähköpostilla tapahtuvaa ohjausta vertailtiin Thomasin tutkimuksessa seurantaryhmään, jossa osallistujia oli yhteensä 55 ja heidän BMI oli >30kg/m<sup>2</sup>. Osallistujat saivat kaikki yksilöllisen ruokavalio- ja liikuntaohjelman. Seurantaryhmä ei saanut henkilökohtaista ohjausta. Sähköpostiryhmä sai viikoittain sähköpostia ravitsemusterapeutilta, jossa annettiin ohjeita ja tukea laihduttamiseen sekä ohjelman noudattamiseen. Kuu-kausittain he saivat sähköpostiviestin heidän etenemisestään. (Thomas ym. 2010:32-38.)

Sähköpostiryhmän keskimääräinen painonpudotus oli 10%, joka oli enemmän kuin seurantaryhmällä, jolla oli 7.3% painonpudotus. Seurantaryhmällä oli nähtävissä positiivinen muutos ruokavalion muuttamisessa, mutta liikunnan lisäämisessä ja painon ylläpitämisessä ei ollut erityisiä muutoksia. Sähköpostiryhmällä ei ollut merkittävää eroavaisuutta ruokavalion ja painonhallinnan ylläpitämisessä. He kuitenkin lisäsivät liikuntaa huomattavasti ja tutkimuksen lopussa he huomasivat nauttivansa liikunnasta. (Thomas ym. 2010: 32- 38.)

Samankaltaisessa Van Wierin ym. tutkimuksessa vertailtiin elämäntapamuutoksiin perustuvaa puhelinryhmää N=462, sähköpostiryhmää N=464 ja seurantaryhmää N=460. Osallistujien BMI oli  $>25\text{kg/m}^2$ . Kaikki ryhmät saivat itse opiskeltavaa materiaalia, jotka käsitelivät ylipainoa, terveellistä ruokavaliota sekä liikkumista. Puhelin ja sähköpostiryhmä saivat elämäntapaohjelman, missä opetettiin mm. itsensä tarkkailua ja tavoitteiden asettamista, ohjaajat olivat heihin yhteydessä puhelimitse ja sähköpostitse. Seurantaryhmä sai elämäntapaesitteitä, mutta ei lainkaan henkilökohtaista ohjausta. (Van Wier ym. 2009: 2-4.)

Puhelinryhmällä ja internetryhmällä painonpudotus onnistui paremmin, mutta tulokset eivät olleet merkittäviä seurantaryhmän tuloksiin verrattuna. Myös liikkuminen parani näillä ryhmillä verrattuna seurantaryhmään. Puhelinryhmän tulokset olivat kaiken kaikkiaan parempia kuin internet- ja seurantaryhmällä. Internetryhmän tulokset olivat taas parempia kuin seurantaryhmällä. Puhelin ja internetryhmillä oli vähintään 5% enemmän painonpudotusta aloituspainosta kuin seurantaryhmällä. Osallistujien kalorinsaantia ei rajoitettu, vaan heitä ohjattiin enemmänkin terveelliseen syömiseen. (Van Wier ym. 2009: 2-4.)

## 7.2 Yksittäinen interventioryhmä

Tekijät ja vuosi	Tutkimuksessa käytetyt menetelmät
Annesi, James J 2011.	kasvokkain ja internet ohjaus
Blissmer, Bryan ym. 2006.	kasvokkain ohjaus
.Stewart, Karen E. ym. 2010.	kognitiivis- behavioristinen terapia
Lemon, Stephenie C. ym. 2009	työpaikkainterventio
Whetstone, Lauren Mackenzie ym. 2011.	kasvokkainohjaus, puhelinohjaus, itseapu-materiaali

Kuvio 4.

Annesin tutkimuksessa 26 viikkoa kestäväään ravitsemus ja liikuntaohjelmaan osallistui 183 henkilöä BMI >35kg/m<sup>2</sup>. Ohjelma perustui sosiaalis-kognitiiviseen teoriaan jossa harjoiteltiin, itsesäätelyn taitoja kontrolloida omaa syömistä, pitää kiinni tietyistä ruokavaliosta ja liikuntaohjelmasta. Osallistujille luotiin näistä ohjelma ja harjoituksia. 6 kuukauden aikana heillä oli 6 tapaamista ohjaajan kanssa ja lisäksi heillä oli tietokonepohjainen ohjelma tukenaan itsesäätelyn eri menetelmistä kuten pitkän- ja lyhyen aikavälin tavoitteen asettamista, kognitiivisesta muutosprosessista, itsensä palkitsemisesta sekä miten valmistautua huonoihin hetkiin ja niistä selviytymiseen. Harjoitusohjelmat perustuivat jokaisen osallistujan toleranssiin ja suositeltavaan toteuttamiseen.

26% osallistujista pudotti painoaan 5% tai yli sen. Muutokset painossa liitettiin erityisesti vihannesten ja hedelmien kulutukseen sekä liikunnan lisääntymiseen. Itsesäätelyn taitojen harjoittelun tuloksena oli merkittävää laihtumista osallistujilla. Lyhyen ajan tavoitteilla ja liikunnan lisääntymisellä oli selkeästi yhteys ja itsesäätelymenetelmät vahvistivat tätä suhdetta. Käyttäytymiseen perustuvalla, vastoinikäymisistä ja pettymyksistä selviytymisen menetelmillä oli saatu hyviä tuloksia syömiskäyttäytymisessä. Niillä saatiin vältettyä epäedullista käytöstä syömisessä, mutta myös lisättyä aktiivisuutta liikunnan suhteen. (Annesi 2011.)

Toisessa myös puoli vuotta kestävässä painonhallintaohjelmassa keskityttiin elämäntapamuutoksiin tietyn painomäärän pudotuksen sijaan. Ohjelma alkoi kolmen kuukauden intensiivijaksolla, jossa oli kaksi kahden tunnin ohjaustapaamista viikossa, mitkä

sisälsivät käyttäytymis- ja ravitsemusohjausta sekä yhden tunnin aerobista liikuntaa. Ohjauksessa keskityttiin enemmän siihen mitä on terveellinen syöminen ja syömiskäyttäytymisen muuttamiseen kuin ruokavalion rajoittamiseen. Osallistujia ohjattiin liikkumaan kaksi kertaa viikossa itsenäisesti. Tämän jälkeen osallistujat tapasivat kahdeksan kertaa kolmen kuukauden aikana ohjauskäynnillä. Jonka jälkeen heitä seurattiin vielä 24 kuukautta. Tuloksia saatiin enemmän yleisessä vireystilassa ja henkisessä hyvinvoinnissa kuin painon pudottamisessa. Kuuden kuukauden jälkeen henkilöt olivat pudottaneet painoa 5.6kg (6.1%). 24 kuukauden jälkeen mittaukseen palanneista 30% oli pudottanut ainakin 5% painoa. (Blissmer ym. 2006:43-51.)

Stewartin ym. tutkimuksessa pyrittiin myös vaikuttamaan osallistujien käyttäytymismalleihin kognitiivis-behavioristisen terapian avulla. Kyseessä oli pilottitukiryhmä, jota kehitettiin henkilöillä, joilla oli alkanut tulla paino takaisin lihavuusleikkauksen jälkeen. Osallistujia oli 14. Tarkoituksena oli saada henkilöt taas motivoitumaan ja jatkamaan painon pudotusta. Kognitiivis-behavioristista terapian lisäksi käytettiin motivoivaa haastattelua. Ryhmässä harjoiteltiin tavoitteiden asettamista, stressin alentamista, ja erityisiä selviytymismenetelmiä sekä aikaa avoimelle keskustelulle. (Stewart, Olbrisch, Bean 2010: 184.)

Yksi iso aihealue oli tunnesyöminen. Heidän mielestään tärkeätä oli keskustella ruokaan liittyvistä tunnemaailman kamppailuista ja pettymyksistä. Osallistujat kehittivät kognitiivis-behavioristisen menetelmien avulla useita eri vaihtoehtoja tunnesyömisensä kanssa pärjäämiseen, esimerkiksi ruokaan liittyvien ajatusten uudelleenjärjestäminen.

*”Tämän keksin syötyäni voin paremmin”, korvattiin ajatuksella: ”Tämän keksin syöminen helpottaa oloani hetkeksi, mutta syötyäni sen samat tunteet palaavat.”*

Muita keinoja oli jättää pikkurahat kotiin, niin töissä ei tule ostettua automaattista syötävää, pyytää työtovereita piilottamaan herkut kahvihuoneessa sekä välttää kävelyä kouluhuoneen ohi, josta tuli yleensä pullan tuoksua. He raportoivat ryhmään osallistumisen muuttaneen heidän käyttäytymismallejaan, lisänneen heidän motivaatiotaan ja itseluottamustaan. He pitivät vertaistukea tärkeimpänä tukimuotona. (Stewart, Olbrisch, Bean 2010: 184.)

Sairaalatyöntekijöillä tehty Lemonin ym. tutkimus tutki työntekijöiden terveyteen järjestelmällisesti sitoutumista sekä työtovereiden fyysiseen aktiivisuuteen, syömiskäyttä-

tymiseen ja BMI:n vaikutusta työntekijän lihavuuden ennaltaehkäisyyn. Tutkimustulokset kerättiin 899 työntekijältä, jotka osallistuivat lihavuuden ehkäisy - kampanjaan. Tutkimus käsitteli työpaikan vaikutusta työntekijän terveyteen ja työntekijän motivaatioon pitää omasta terveydestään huolta. Tuloksena oli, että mitä enemmän sitouduttiin ja järjestelmällisesti huomioitiin työntekijän terveyttä, sitä useammin se yhdistettiin alemman BMI: in omaavaan työntekijään. Käsitys työtoverin terveellisestä syömisestä ja fyysisestä aktiivisuudesta oli yhdistetty hedelmiin ja vihanneksiin sekä tyydyttyneen rasvan määrään sekä fyysiseen aktiivisuuteen, juuri tässä järjestyksessä. Tuloksena oli, että parantamalla työpaikan sitoutumista työntekijän terveyteen ja muodostamalla tukevaa ihmisystävällistä ympäristöä voisi parantaa lihavuuden hallintaa työikäisillä ihmisillä. (Lemon Stephenie C. - Zapka, Jane - Li, Wenjun - Estabrook, Barbara - Magner, Robert - Rosal, Milagros C. 2009.)

Tutkimuksessa löytyi todisteita liittymäkohdista tukea antavan työpaikan, lihavuuden sekä terveyskäyttäytymisen välillä. Kollegoiden aloitteellisuutta tulisi kannustaa muodostamalla esimerkiksi tuki ja motivaatio-ryhmiä. Uutiskirjeet, julisteet ja muut pienet tiedotteet voivat esittää työntekijän positiivista käyttäytymistä ja menestystarinoita. Lisäksi interventioita voi kohdistaa myös alakategorioihin, jotka saattavat tarvita räätälöityjä viestejä lisätäkseen motivaatiota ja korostaakseen roolimalleja johtoportaan ja muiden työntekijöiden keskuudessa. (Lemon ym. 2009.)

Kasvava osa väestötutkimuksista viittaa siihen, että ympäristötekijät vaikuttavat lihavuuden määrään ja on yhteydessä fyysiseen aktiivisuuteen ja syömiskäyttäytymiseen. Ympäristöön liittyy yleisesti ottaen kaikki tekijät ulkoisesta yksilöön itseensä ja siihen sisältyy fyysisen ympäristön lisäksi myös kulttuurinen ja sosiaalinen ympäristö. (Lemon. 2009.)

Laajaan yhdysvaltalaiseen pilottiohjelmaan nimeltä Eat Smart, Move More, Weight Less osallistui 1162 henkilöä. Ohjelma perustui aikuisten painonhallintamenetelmiin, jonka ohjeet toimitettiin osallistujille kotiin. Ohjeissa neuvottiin terveellisen ruokavalion noudattamiseen tietoisesta syömisestä harjoituksilla, uusien syömistottumusten opetteluun sekä liikkumaan päivittäin vähintään puoli tuntia. Osallistujille oli järjestetty ohjeistusta koskevia ohjaustunteja omassa kaupungissa ja he saivat puhelimitse palautetta etenemisestään. Tutkimuksessa mitattiin osallistujien muutoksia painossa, vyötärön ympäryksessä, terveyskäyttäytymisessä ja kyvyssä sitoutua uusiin elämäntapoihin. (Whetstone ym. 2011:1-4.)

Ohjelman alussa osallistujat määrittivät tavoitepainonsa ja 83% heistä lähestyivät tavoitepainoaan tai saavuttivat sen. Keskimääräinen painonpudotustavoite osallistujilla oli n. 7.3 kg. 87% osallistujista pudottivat painoaan keskimääräisesti 3.8 kg. Osallistujien itseluottamus koheni ja kyky sitoutua uusiin elämäntapoihin parani huomattavasti. BMI:ssä, vyötärön ympäryksessä sekä painossa havaittiin muutoksia. Suurimmat muutokset BMI:ssä oli osallistujilla, joilla itseluottamus koheni eniten ja joiden painonpudotustavoite oli suurin. Osallistujilla, joilla paino ei pudonnut, oli vähemmän muutoksia myös itseluottamuksessa ja kyvyssä sitoutua elämänmuutoksiin. Suurin osa osallistujista raportoi ohjelman päätyttyä muutoksia syömistottumuksissa, liikkumisessa ja tietoisessa käyttäytymisessä. He raportoivat myös lisääntyneestä itseluottamuksesta sitoutua näihin elämäntapamuutoksiin. (Whetstone ym. 2011:1-4.)

## 8 Pohdinta

### 8.1 Eettisyys ja luotettavuus

Aiheen valinta vaatii jo eettistä harkintaa. Valintaa tehdessä tulee pohtia aiheen merkityksellisyyttä, käytettävyyttä ja ajankohtaisuutta (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2005:26.) Lihavien ja ylipainoisten ihmisten määrä nousee koko ajan maailman laajuisesti ja lihavuusleikkaukset yleistyvät, joten aihe on hyvin ajankohtainen. Uusia ohjauksen menetelmiä lihavuuden hoidossa kaivataan, jotta tuloksia syntyisi.

Olemme ryhmässä pohtineet onko sanan lihava käyttäminen soveliasta. Se saattaa loukata, sillä lihavuus on monelle arka aihe ja haluamme välttää tuomitsemista ja syylistämistä. Päädyimme kuitenkin käyttämään sanaa lihava, sillä se on yleisesti käytetty termi myös lääketieteessä.

Opinnäytetyömme kaikki tutkimusartikkelit ovat englanninkielisiä. Englanti ei ole kenkään meistä äidinkieli, joten tästä syystä käännöksiä tehdessä on saattanut ilmetä virheitä ja väärin ymmärryksiä. Tutkimukset ovat kuitenkin lukeneet vähintään kaksi ryhmän jäsentä, mikä lisää tutkimustulosten luotettavuutta. Työmme luotettavuutta saattaa heikentää se, että tutkimusartikkeleita työssämme oli ainoastaan 10 kappaletta. Aineiston pienestä koosta johtuen on todennäköistä, ettei siitä tule esiin kaikki liHAVAN aikuisen ohjauksessa käytetyt menetelmät.



Plagiointi eli toisen tuotoksen esittäminen omana tekstinään ilmenee usein epätarkkoina lähdeviitteinä. Lähdemerkinnät ja -viitteet on tuotava selkeästi esiin toisen tekstiä lainattaessa. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2005:27,110.) Olemme kunnioittaneet tekijänoikeuksia merkitsemällä kaikki lähteet ja lähdeviitteet tarkasti ylös kirjallisten ohjeiden mukaisesti, jotta välttyisimme plagiointiongelmilta. Näin myös edistämme työn luotettavuutta.

## 8.2 Opinnäytetyön tulosten tarkastelua

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää, mitä menetelmiä on toteutettu lihavan aikuisen painonhallinta ohjauksessa. Keräämämme tutkimukset ovat Yhdysvalloista, Iso - Britanniaasta sekä Alankomaista. Suomalaisia tutkimuksia aiheesta ei löytynyt, eniten aihetta oli tutkittu Yhdysvalloissa.

Havaitsimme, että mitä tiiviimmin asiakkaat sitoutuivat hoitoonsa ja saatujen tulosten ylläpitämiseen, sitä paremmat ja pysyvämmät olivat lopputulokset. Paremmat lopputulokset saavutettiin, jos osallistujilla oli ohjaustapaamisia ammattilaisen kanssa tai heillä oli tiivis yhteydenpito asiakkaaseen. Parhaiten tavoitteensa saavuttivat ne, jotka saivat säännöllistä kasvokkain tapahtuvaa ohjausta ja seurantaa. Hyvin pärjäsivät myös ne, joiden edistymistä seurattiin puhelimen, internetin tai mailin välityksellä. Tulevaisuudessa juuri internetin ja puhelimen hyödyntäminen tarjonnee entistä paremman seurantatavan, varsinkin kun ihmiset oppivat ottamaan nämä menetelmät paremmin käyttöönsä. Ikääntyneille ihmisille nämä uudet menetelmät ovat olleet haastavia ja he ovat mieluummin käyttäneet kasvokkain tai puhelimitse tapahtuvaa seurantaa. Asiakkaat, joille tarjottiin sekä tietoa että ohjeistusta, mutta jotka eivät osallistuneet tapaamisiin säännöllisesti tai ollenkaan, onnistuivat tavoitteissaan huonoiten.

Lihavan aikuisen ohjauksessa olennaista olisi tarkastella tilannetta kokonaisvaltaisesti ja kehittää psykososiaalista näkökulmaa. Tukiryhmissä tavoite ei saisi siis pelkästään keskittyä painon pudotukseen ja sen ylläpitämiseen. Tutkimuksissa ilmeni, että vertaistuki koettiin tärkeimmäksi tuen muodoksi ja että ryhmään osallistuminen muutti osallistujien käyttäytymismalleja ja lisäsi heidän motivaatiotaan sekä itseluottamustaan. Hyviä ja toimivia menetelmiä tavoitteeseen pääsemiseksi olivat pienten tavoitteiden asettaminen, selviytymismenetelmien tietäminen ja tiedostaminen, stressin alentaminen sekä aika avoimelle keskustelulle, joka sallii läpikäydä tunteita liittyen esimerkiksi tun-

nesyömiseen - tärkeätä oli keskustella ruokaan liittyvistä tunnemaailman kamppailuista ja pettymyksistä. Tulevaisuudessa haaste on tutkia ja ymmärtää, minkä vuoksi psyykinen ja fyysinen toimintakyky koettiin niin erilaiseksi riippuen tukiryhmän muodosta.

Työpaikkoja ja kaupunkisuunnittelua tulisi kehittää niin, että ne tukisivat asiakkaan painonpudotusta ja -hallintaa. Tutkimuksessamme kävi ilmi, että kun työpaikalla työntekijää kannustetaan ja tuetaan kohti terveellisiä elämäntapoja niin työntekijät saavat tästä yleisestä ilmapiiristä ja kollegoistaan tukea ja motivaatiota pyrkiä kohti terveellisempiä ruokavaliota ja liikuntaa. Työpaikoilla tulisi olla terveellisiä lounas- ja välipalavaihtoehtoja ja liikuntapalveluiden tulisi olla lähellä ja vaivattomasti käytettäviä.

## Lähteet

Aikuisten lihavuus 2002. Suomen lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Verkkodokumentti.

<<http://www.mv.helsinki.fi/home/palojoki/OPETUS/Syventava%20rav%20kasv/lihavuus%20kaypa%20hoito,%20duodecim.pdf>> Luettu 28.1.2013. 1075-1088.

Burke, Lora E. - Wang, Jing 2011. Treatment Strategies for Overweight and Obesity. Journal of Nursing Scholarship. 368–375. USA.

Fogelholm, Mikael - Mustajoki, Pertti - Rissanen, Aila - Uusitupa, Matti (toim.) 1998. Lihavuus. Ongelma ja hoito. Duodecim. 89,90,91,103,104,105,129,130. Helsinki.

Fontaine, Karen Lee 2003. Mental Health Nursing. Prentice Hall. 243-245. New Jersey.

Grindel, Mary E. – Grindel, Cecilia Gatson 2006. Nursing Care of the Person Having Bariatric Surgery. Medical Surgical Nursing. Vol 15, no. 3

Hirsjärvi, Sirkka - Remes, Pirkko - Sajavaara, Paula 2006. Tutki ja kirjoita.

Hofmann, Bjorn 2010. Stuck in the Middle: The Many Moral Challenges With Bariatric Surgery. The American Journal of Bioethics. Verkkodokumentti. <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1dc0ec30-e5ac-4657-852f-bbbb38d7c85d%40sessionmgr11&vid=28&hid=7>> Luettu 26.9.2012

Mattila, Lea-Riitta - Rekola, Leena - Häggman - Laitila, Arja 2012. Lihavuuskirurgisen potilaan kokemuksia ohjauksen ja tuen tarpeista ja ohjausinterventiot - järjestelmällinen katsaus. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. Vol 49, Nro 3.

Ikonen, Tuija - Anttila, Heidi - Gylling, Helena - Isojärvi, Jaana - Koivukangas, Vesa - Kumpulainen, Tuija - Mustajoki, Pertti - Mäklin, Suvi - Saarni, Samuli- Saarni, Suoma - Sintonen, Harri - Victorzon, Mikael - Malmivaara, Antti 2009. Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 31, 38-39, 41-43, 148-151, 153-154. Helsinki 2009.

Knowledge exchange 2012. International Obesity Task Force. Verkkodokumentti.  
<<http://www.iaso.org/iotf/aboutiotf/knowledgeexchange/>> Luettu 12.11.2012.

Kozier, Barbara - Erb, Glenora - Berman, Audrey - Snyder, Shirlee 2004. Fundamentals Of Nursing. Prentice Hall. 77. New Jersey.

Kuulutko riskiryhmään? 2013. FOTEG. Verkkodokumentti.  
<<http://www.foteg.fi/index.php?mid=1>> Luettu. 30.1.2013.

Kyngäs – Kääriäinen – Poskiparta – Johansson – Hirvonen - Renfors 2007.  
Ohjaaminen hoitotyössä. 26-28. WSOY: Helsinki.

Lihavuuden ehkäisy 2012. Duodecim. Verkkodokumentti.  
<[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=seh00176](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00176)> Luettu 12.11.2012.

Lihavuus 2012 Käypähoito. Duodecim. Verkkodokumentti.  
<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/khp00017>> Luettu 3.9.2012.

Lihavuus 2012. Suomen Sydänliitto. Verkkodokumentti.  
<<http://www.sydanliitto.fi/lihavuus>> Luettu 12.11.2012.

Lihavuus 2011 Terveyskirjasto. Duodecim. Verkkodokumentti.  
<[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_haku=lihavuus&p\\_artikkeli=dlk00042](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=lihavuus&p_artikkeli=dlk00042)> Luettu.5.9.2012.

Lihavuus tulee kalliiksi THL 2013. Verkkodokumentti.  
<[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/kansallinen\\_lihavuusohjelma\\_2012\\_2015/luvut/tulee\\_kalliiksi](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/kansallinen_lihavuusohjelma_2012_2015/luvut/tulee_kalliiksi)> Luettu.29.1.2013.

Lile ry 2011. Verkkodokumentti. <<http://www.lile.fi/?sivu=yhdistys>> Luettu 9.10.2012.

Livhits, M - Mercado, C - Yermilov, I - Parikh, J.A - Dutson, E - Mehran, A - Ko, C.Y - Shekelle, P.G - Gibbons, M.M 2010. Is social support associated with greater weight loss after bariatric surgery? A systematic review. Obesity Reviews, 12. 142-148.

Mattila, Lea-Riitta - Rekola, Leena - Häggman-Laitila, Arja 2012. Lihavuuskirurgisen potilaan kokemuksia ohjauksen ja tuen tarpeista ja ohjausinterventiot. Järjestelmällinen katsaus. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 49. 247–261. Luettu 05.11.2012

Miten lihavuus määritellään? 2013. FOTEG. Verkkodokumentti.

<<http://www.foteg.fi/index.php?mid=7>> Luettu 30.1.2013.

Mustajoki, Pertti 2007. Ylipaino. Tietoa lihavuudesta ja painonhallinnasta. 195-197. Duodecim. Helsinki.

Mustajoki, Pertti - Fogelholm, Mikael - Rissanen, Aila - Uusitupa, Matti 2006.

Laske painoindeksi. 2013. Suomen sydänliitto ry. Verkkodokumentti.

<<http://www.sydanliitto.fi/painoindeksi>> Luettu 22.2.2013.

Lihavuus. Ongelma ja hoito. 130, 131, 134, 136, 137. Duodecim. Helsinki.

Nuoret lihovat, työkäisistä joka viides on lihava ja joka toinen painaa liikaa 2010. Verkkodokumentti. <[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tiedote?id=21858](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tiedote?id=21858)> Luettu 15.12.2012

Obesity and overweight 2012 WHO. Verkkodokumentti.

<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>> Luettu 8.11.2012.

Ogden, Jane 2010. The Psychology of Eating. From Healthy to Disordered Behavior. Blackwell Publishing. 27, 28, 149, 151-155, 157, 182. Surrey.

Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito 2009 THL. Verkkodokumentti.

<<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/739965e6-bf7f-4d48-9d29-31b2275c9976>> Luettu 10.10.2012.

Salminen, A 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa : Vaasan yliopisto. Verkkodokumentti. <[http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)> Luettu 10.2.2013.

Sutton, Douglas H - Raines, Deborah A - Murphy, Natalie 2009. Transformation: The "Life-Changing" experience of women who undergo a surgical weight loss intervention. Bariatric nursing and surgical patient care. Volume 4, number 4. 303-305. USA.

Pudas-Tähkä, Sanna-Mari - Axelin, Anna 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku.

Terveyden ja hyvinvoinnin tulevaisuuksia 2012. THL. Verkkodokumentti.  
<<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/230514f2-fc31-4bbf-839d-df1173333d22>> Luettu  
21.1.2013.

Thomas, Janet L – Stewart, Diana W – Lynam, Ian M – Daley, Christine M – Befort, Christie – Scherber, Robyn M – Mercurio, Andrea E – Okuyemi, Kolawole S – Ahluwalia, Jasjit S 2009. Support Needs of Overweight African American Women for Weight Loss.

Vertaistuki - ”En olekaan ainut” 2012. Vammaispalvelujen käsikirja. Sosiaaliportti. Verkkodokumentti.  
<<http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elaman-tuki/vertaistuki/>> Luettu 12.10.2012.

Vertaistuki ja tukihenkilötoiminta 2012. Terveyskirjasto. Duodecim. Verkkodokumentti.  
<[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=reu00322](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00322)>Luettu  
12.10.2012

#### Tutkimuslähteet

Annesi, James J 2011. Self-Regulatory Skills Usage Strengthens the Relations of Self-Efficacy for Improved Eating, Exercise, and Weight in the Severely Obese: Toward an Explanatory Model. Behavioral Medicine, 37: 71–76. USA.

Blissmer, Bryan - Riebe, Deborah - Dye, Gabriela - Ruggiero, Laurie - Greene, Geoffrey - Caldwell, Marjorie 2006. Health-related quality of life following a clinical weight loss intervention among overweight and obese adults: Intervention and 24 month follow-up effects. Health and Quality of Life Outcomes. Vol 4, 43-51. USA.

Donaldson, E. L. - Fallows, S 2011. A text message-based weight management intervention for overweight adults. Journal of Human Nutrition and Dietetics UK. Vol 24. 385-386.

Lemon, Stephenie C. - Zapka, Jane - Li, Wenjun - Estabrook, Barbara - Magner, Robert - Rosal, Milagros C 2009. Perceptions of Worksite Support and Employee Obesity, Activity, and Diet. USA.

Rohrer, James E - Cassidy, Harvey D - Dressel, Diane - Cramer, Barbra 2008. Effectiveness of a Structured Intensive Weight Loss Program Using Health Educators. Dis Manage Health Outcomes. Vol 16, 449-454. USA.

Stewart, Karen E. - Olbrisch, Mary Ellen - Bean, Melanie K 2010. Back on track: Confronting post-surgical weight gain. Bariatric nursing and surgical patient care. Vol 5, number 2. 184. USA.

Sutton, Douglas H - Raines, Deborah A 2008. Health-Related Quality of Life: Physical and Mental Functioning after Bariatric Surgery. Bariatric nursing and surgical patient care. Vol. 3, number 4. 271-277. USA.

Thomas, D - Vydelingum, V - Lawrence, J 2010. Email contact as an effective strategy in the maintenance of weight loss in adults. Journal of Human Nutrition and Dietetics. Vol 24, 32-38.

Van Wier, Marieke F - Ariens, Geertje Am - Dekkers, J Caroline - Hendriksen, Ingrid JM - Smid, Tjabe - Van Mechelen, Willem 2009. Phone and email counselling are effective for weight management in an overweight working population: a randomized controlled trial. 2-4. Netherlands.

Whetstone, Lauren Mackenzie - Kolasa, Kathryn M - Dunn, Carolyn - Jayaratne, K.S.U. - Vodicka, Sheree - Schneider, Lori - Thomas Cathy - Van Staveren, Meg - Aggarwal Surabhi - Lackey Carolyn 2011. Effects of a Behavior-Based Weight Management Program delivered through a state cooperative extension and local public health department network. 1-4. USA.

Tietokanta ja hakusana(t)	Kaikki tulokset	Rajaus otsikon perusteella	Rajaus tiivistelmän perusteella	Hyväksytään
<b>Cinahl</b>				
treating obesity	25	6	2	1
morbid obesity	280	13	2	0
obesity	176	12	4	0
obesity+nursing+support	537	16	4	2
weight management	77	12	4	3
<b>Pubmed</b>				0
weight loss interventions	342	11	4	3
obesity peer support	14	2		1
obesity care	152	9	6	0
<b>Medic</b>				0
obesity and weight loss	67	4	1	0
<b>Helka</b>				
treating obesity	9	1	0	0



Tekijä(t), vuosi, maa, jossa tutkimus tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Aineiston keruu ja analysointi	Päätulokset	Huomattavaa
Van Wier, ym. 2009. Alankomaat. Phone and email counselling are effective for weight management in an overweight working population. <i>BMC Public Health</i> . 9:6 2-4.	Tutkia elämäntapaohjauksen tehokkuutta, jota annettiin esittein, puhelimitse sekä sähköpostitse työssä käyville ihmisille.	Seitsemästä eri yhtiöstä yhteensä 1386 työntekijää, joista miehiä oli 67%. Puhelinryhmä N=462, sähköpostiryhmä N=464, seurantaryhmä N=460.	Satunnaisotos. Osallistujat mittasivat itse painonsa ja vyötärön ympäryksensä sekä täyttivät kyselylomakkeen rasvan, hedelmien, vihannesten kulutuksesta ja fyysisestä aktiivisuudesta.	Interventioryhmien paino väheni enemmän verrattuna seurantaryhmään. Puhelinryhmällä oli suurempia muutoksia kuin internetryhmällä. mutta ei merkittäviä.	
Donaldson, E. L. - Fallows, S. 2011. A text message-based weight management intervention for overweight adults. <i>Journal of Human Nutrition and Dietetics UK</i> . Vol 24. 385-386.	Selvittää auttaako tekstiviestimenetelmä osallistujia ylläpitämään tai pudottamaan painoa.	Aikuiset ketkä olivat osallistuneet painonpudotusohjelmaan. BMI >30kg/m <sup>2</sup> tai >28kg/m <sup>2</sup> liitännäissairauksien kanssa.	Osallistujilta mitattiin BMI, vyötärön ympäryys, elämänlaatu, masentuneisuutta ja ahdistusta ennen ja jälkeen ohjauksen.	Interventioryhmän BMI, WC, kehon massa vähenivät merkittävästi seurantaryhmään verrattuna. Elämänlaatu parani ja masentuneisuus väheni, mutta eivät huomattavasti. Ahdistuneisuudessa ei ollut eroja ryhmien välillä.	Osallistujat raportoivat olevansa tyytyväisiä ohjelmaan kokonaisuudessaan.

Tekijä(t), vuosi, maa, jossa tutkimus tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Aineiston keruu ja analysointi	Päätulokset	Huomattavaa
Stewart, Karen E. ym. 2010. Back on track: Confronting post-surgical weight gain. <i>Bariatric nursing and surgical patient care</i> . Vol 5, nro. 2. 179-85. USA.	Saada henkilöt motivoitumaan painonpudotukseen lihavuusleikkauksen jälkeen.	Lihavuusleikkauksen läpi käyneet henkilöt, joilla paino oli alkanut tulla takaisin. Leikkauksesta oli kaikilla osallistujilla kulunut 18 kuukautta.	Osallistujat kerättiin ryhmään sähköpostitse. Ryhmässä toteutettiin kognitiivis-behavioristista terapiaa sekä motivoivaa haastattelua.	Ryhmään osallistuminen muutti heidän käyttäytymistään syömistään suhteen, lisäsi heidän motivaatiotaan sekä itseluottamustaan.	He pitivät vertaistukea tärkeimpänä tukimuotona.
Sutton, Douglas - Raines, Deborah A. 2008. Health-Related Quality of Life: Physical and Mental Functioning after Bariatric Surgery. <i>Bariatric nursing and surgical patient care</i> . Vol. 3, number 4. 271-277. USA.	Lihavuusleikkauksen läpikäyneiden ihmisten haluttiin arvioivan sekä fyysisen että psyykkisen terveytensä laatua leikkauksen jälkeen. Kahden eri ryhmän vertailua.	164 lihavuusleikkauksen läpi käyneitä henkilöitä.	Aineisto kerättiin väestötieteellisellä tietolomakkeella ja fyysistä ja psyykkistä terveyttä mittaavalla SF12-v2:lla.	tulokset olivat parempia kasvokkaisen tukiryhmään osallistuneilla. Kasvokkaisen ryhmän jäsenet arvioivat fyysisen toimintakyvyn olevan parempi. Internet tukiryhmän jäsenet arvioivat psyykkisen toimintakyvyn korkeammalle.	Tulevaisuudessa haaste on tutkia ja ymmärtää minkä vuoksi psyykkinen ja fyysinen toimintakyky koettiin niin erilaiseksi riippuen tukiryhmän muodosta.

Tekijä(t), vuosi, maa, jossa tutkimus tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Aineiston keruu ja analysointi	Päätulokset	Huomattavaa
Lemon, Stephenie C. ym. 2009. USA. Perceptions of Worksite Support and Employee Obesity, Activity and Diet. American Journal of Health Behavior. 299-308.	Tutki työpaikan vaikutusta työntekijän terveyteen ja työntekijän motivaatioon pitää omasta terveydestään huolta.	Sairaalatyöntekijät. Osallistujia oli 899.	Lihavuuden ehkäisykampanja. Satunnaistettu tutkimus.	Parantamalla työpaikan sitoutumista työntekijän terveyteen ja muodostamalla tukevaa ihmisystävällistä ympäristöä voidaan parantaa lihavuuden hallintaa työikäisillä ihmisillä.	Kollegoiden aloitteellisuutta tulisi kannustaa muodostamalla esimerkiksi tuki ja motivaatio-ryhmiä. Uutiskirjeet, julisteet ja muut pienet tiedotteet voivat esittää työntekijän positiivista käyttäytymistä ja menestystarinoita.
Blissmer, Bryan 2006. USA. Health-related quality of life following a clinical weight loss intervention among overweight and obese adults: Intervention and 24 month follow-up effects. Health and Quality of Life Outcomes. Vol 4, 43-51.	Tutki minkälaisia vaikutuksia painonhallintaohjelmalla on puolen vuoden, vuoden ja kahden vuoden kuluttua terveyskäyttäytymiseen.	Aikuiset, BMI 27-40kg/m2. 144 osallistujaa.	Osallistujat täyttivät kyselyn lääkityshistoriasta, ahmimisesta sekä BDI:n (Beck Depression Inventory) Satunnaisotos.	Tuloksia saatiin enemmän yleisessä vireystilassa ja henkisessä hyvinvoinnissa kuin painon pudottamisessa.	Ohjauksessa keskityttiin enemmän siihen mitä on terveellinen syöminen kuin ruokavalion rajoittamiseen sekä muuttamaan syömis-käyttäytymistä.

Tekijä(t), vuosi, maa, jossa tutkimus tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Aineiston keruu ja analysointi	Päätulokset	Huomattavaa
Thomas, D. ym. 2010. Email contact as an effective strategy in the maintenance of weight loss in adults. Journal of Human Nutrition and Dietetics. Vol 24, 32-38.	Arvioi ravitsemusohjauksen vaikutuksia painonpudotuksessa yksilöillä ketkä olivat menestyneet painonpudotuksessa.	55 osallistujaa. BMI >30kg/m <sup>2</sup> . Interventio eli sähköpostiryhmä ja seurantaryhmä.		Interventioryhmän painonpudotus oli suurempi kuin seurantaryhmällä. Interventioryhmällä oli merkittävää muutosta liikunnan lisäämisessä kun taas seurantaryhmällä ei.	Osallistajat huomasivat tutkimuksen lopulla nauttivansa liikunnan lisäämisestä.
Whetstone Lauren MacKenzie ym. 2011. Effects of a Behavior-Based Weight Management Program delivered through a state cooperative extension and local public health department network. Preventing chronic disease. Vol 8. 1-4.	Kuvata osallistujien muutoksia painossa ja käyttäytymisessä sekä dokumentoida ohjelman tehokkuutta. Tarkoituksena oli myös tuoda menetelmä laajalti saataville.	Osallistujia 1162.	Pilottitutkimus. Painonhallintamenetelmän ohjeet toimitettiin osallistujille kotiin.	Ohjelman alussa osallistajat määrittivät tavoitepainonsa ja 83% heistä lähestyi tavoitepainoaan tai saavutti sen. Keskimääräinen painonpudotustavoite osallistujilla oli 15.5 lb.	

Tekijä(t), vuosi, maa, jossa tutkimus tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Aineiston keruu ja analysointi	Päätulokset	Huomattavaa
Rohrer, James E. Effectiveness of a Structured Intensive Weight Loss Program Using Health Educators. Disease Management & Health Outcomes. 2008; 6:449-54. USA.	Selvittää kahden eri painonhallintaryhmän tuloksia.	125 osallistujaa. BMI oli 35-50kg/m <sup>2</sup> .		Intensiiviryhmällä painonpudotus oli suurempaa. Keskimääräinen painonpudotus ryhmällä LI oli 5.9kg ja IS 15.7kg. LI ryhmässä olleet pudottivat vähemmän painoa kuin kuviteltiin.	
Annesi, James J 2011. Self-Regulatory Skills Usage Strengthens the Relations of self-Efficacy for Improved Eating, exercise and Weight in the Severely Obese: Toward an Explanatory Model. Behavioral Medicine USA.	Tutkia sosiaalis-behavioristiseen hoitomenetelmään perustuvaa painonhallintaa.	183 osallistujaa. BMI >35kg/m <sup>2</sup> .			